

Hoitohenkilöiden valmius puuttua toisen toimintaan

Määrällinen tutkimus kollegiaalisuudesta naistentautien vuodeosastoilla

Hoitotyön koulutusohjelma,
Kätilö
Opinnäytetyö
18.4.2008

Pia Järvinen 0400 362
Inkeri Kumpurinne 0400 358

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Kätilö	
Tekijä/Tekijät Pia Järvinen ja Inkeri Kumpurinne			
Työn nimi Hoitohenkilöiden valmius puuttua toisen toimintaan: Määrällinen tutkimus kollegiaalisuudesta naistentautien vuodeosastoilla			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2008	48 + 5	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyömme on osa HUS Naistensairaalan ja Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian yhteistyöprojektiä ”Näyttöön perustuva kätilötyö”. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kollegiaalisuuden toteutumista ja toisen toimintaan puuttumista kolmella yhteistyöosastolla hoitajien näkökulmasta. Tutkimusongelmien avulla selvitimme hoitohenkilöiden puuttumisvalmiuksia, puuttumisväyliä ja ammattinimikkeen vaikutusta puuttumisvalmiuteen. Kartoitimme hoitohenkilöiden välistä luottamusta ja vastavuoroisen palautteen antamista. Selvitimme myös, ilmeneekö toisen hoitohenkilön arvostus tietojen ja taitojen vastavuoroisena jakamisena. Lisäksi pyysimme hoitohenkilöitä kuvaamaan kollegiaalisuutta työssään. Hoitohenkilöllä tutkimuksessa tarkoitettiin perus- ja lähihoitajia, sairaanhoitajia ja kätilöitä.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena. Kvantitatiivinen aineisto kerättiin väittämälomakkeella, jonka väittämät nousivat esiin teoreettisesta viitekehystästä. Hyödynsimme lomakkeen laatimisessa myös Rämäsen ja Vehviläisen (1994) sekä Kurtti-Sonnisen (2003) tutkimuksissaan käyttämiä kyselylomakkeita. Väittämälomakkeen täytti 37 hoitohenkilöä Naistenklinikan ja Kätilöopiston sairaalan naistentautien vuodeosastoilta. Vastausprosentti oli 67,3 %. Aineisto käsiteltiin SPSS-ohjelman avulla ja analyysissä hyödynnettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia, korrelaatiota, keskiarvoja ja keskihajontoja. Tuloksia tarkasteltiin myös osastokohtaisesti.</p> <p>Tulokset ovat suuntaa antavia suppean otoksen vuoksi. Ne vastaavat kuitenkin hyvin tutkimusongelmiin ja antavat viitteitä siitä, millaisia vastauksia saataisiin suuremmasta otoksesta. Vastausten perusteella hoitohenkilöillä oli keskimäärin hyvät valmiudet puuttua toisen toimintaan eri tilanteissa. Selkeimmin toisen toimintaan puututtaisiin tilanteissa, joissa potilaan turvallisuus on uhattuna ja joissa potilaan asioiden salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta rikotaan. Vaikeimmaksi puuttuminen koettiin hoitohenkilön saadessa kollegalta aiheutonta arvostelua. Tutkimustulosten mukaan näyttäisi siltä, ettei ammattinimikkeellä ole merkityksellistä vaikutusta valmiuksiin puuttua toisen toimintaan. Ensisijaisesti toisen hoitohenkilön puutteellista toimintaa käsitellään yhdessä muiden hoitohenkilöiden kanssa. Vähiten vastaajat ottaisivat puheeksi toisen hoitohenkilön puutteellisen toiminnan yhteisissä palavereissa. Tulosten mukaan hoitohenkilöt kokivat antavansa toisille hoitohenkilöille enemmän palautetta ja kiitosta, kuin itse saivat muilta. Yleinen luottamus toisia hoitohenkilöitä kohtaan ja kokemus siitä, että omaan työsuoritukseen luotetaan, oli otoksessa hyvä. Toisen hoitohenkilön arvostus ilmeni tulosten mukaan tietojen ja taitojen vastavuoroisena jakamisena. Hoitohenkilöt kuvasivat kollegiaalisuutta työssään eniten auttamisena, yhteistyönä ja luottamuksena.</p> <p>Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyön kehittämisessä. Tutkimusosastot voivat käyttää tuloksia osastokokousten, työnohjauksen tai koulutuksen yhteydessä. Pyrittäessä kollegiaalisuuden edistämiseen tulisi kiinnittää huomiota kaikkien kollegiaalisuuden osa-alueiden tasapuoliseen kehittämiseen.</p>			
Avainsanat kollegiaalisuus, puuttuminen, yhteistyö, palaute, luottamus, arvostus, kunnioitus			



Degree Programme in Nursing and Health Care		Degree Bachelor of Health Care
Author/Authors Pia Järvinen and Inkeri Kumpurinne		
Title Nursing Persons' Abilities to Interfere in Colleague's Actions: Quantitative Study of Collegiality on Gynaecological Wards.		
Type of Work Final Project	Date Spring 2008	Pages 48 + 5 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>Our study was part of the project called Evidence-based Midwifery (own translation). This is a cooperation project of The HUS Women's Hospital, Helsinki, Finland, and Helsinki Polytechnic Stadia, Finland. The purpose of this study was to chart the implementation of collegiality. Our focus was to study nursing persons' abilities to interfere in a colleague's defective work performance, how it happened and whether a nursing person's occupational title affected the ability to interfere. Inter-collegial trust and two-way feedback between colleagues, too, were charted. Nursing persons were asked to describe collegiality in their working environments as well. In this study, the term "nursing person" stands for all practical nurses, registered nurses and midwives.</p> <p>The data for this quantitative study was collected by using a questionnaire. All claims in the questionnaire rose from our theoretic framework. In planning the questionnaire, we also exploited questionnaires used by Rämänen and Vehviläinen and Kurtti-Sonninen in their studies. Our questionnaire was filled in by 37 nursing persons. These respondents worked on gynaecological wards of the Department of Obstetrics and Gynaecology and the Kättilöopisto Maternity Hospital in Helsinki, Finland. The response rate was 67,3 %. The data was handled with the Microsoft SPSS-programme using frequencies, percentages, correlations, means and standard deviations. Likewise, the results were reviewed ward-specifically.</p> <p>The results of this study were suggestive due to the concise sample. According to the respondents, nursing persons had fairly good abilities to interfere in each other's work in different situations. Most clearly interference would happen if a patient's safety was at risk and, also, if obligation to maintain secrecy of patient information was violated. The respondents felt that most difficult interfering was when a nursing person received unjustified denunciation. This study showed that a nursing person's occupational title had no effect to the ability to interfere. A colleague's defective work performance was primarily discussed with other colleagues. According to the responses, the nursing persons experienced they gave their colleagues more constructive and positive feedback than what they received themselves. The trust towards others in general and inter-collegial trust were good according to the responses. The respect the nursing persons showed to each other was realised as sharing information and professional skills.</p> <p>The results of this final project may benefit the developing the functions of the departments of nursing. The gynaecological wards that took part in this study may use the results in departmental meetings, supervision of work and staff training. When endeavouring to improve collegiality, one should pay attention to improve all sections equally.</p>		
<p>Keywords</p> <p>collegiality, interference, collaboration, feedback, trust, reliability, regard, respect</p>		

SISÄLLYS

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA	1
2 HOITOTYÖN KOLLEGIAALISUUS KIRJALLISUUDESSA	2
2.1 Kollegiaalisuuden osa-alueet	3
2.1.1 Puuttuminen työtoverin toimintaan	3
2.1.2 Luottaminen työtoveriin	5
2.1.3 Työtoverin arvostus ja kunnioittaminen	6
2.1.4 Palautteen antaminen kollegalle	7
2.1.5 Kollegoiden välinen yhteistyö	9
2.1.6 Työnjako työyhteisössä	12
2.1.7 Kollegoiden vaikutus työssä jaksamiseen	13
2.1.8 Kollegiaalisuutta koskevat ammattiohjeistot	14
2.2 Hoitotyön kollegiaalisuutta edistäviä tai estäviä tekijöitä	14
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	16
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	17
4.1 Tutkimusmenetelmä	17
4.2 Väittämälomakkeen esitestaus	18
4.3 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta	18
4.4 Tutkimusaineiston analysointi	19
5 TUTKIMUSTULOKSET	19
5.1 Vastaajajoukon taustatiedot	19
5.2 Millaisissa tilanteissa hoitohenkilöillä on/ei ole valmiuksia puuttua toisen toimintaan?	20
5.3 Vaikuttaako ammattinimike puuttumisvalmiuteen?	26
5.4 Mitä kautta hoitohenkilöt kokevat voivansa puuttua toisen hoitohenkilön toimintaan?	28
5.5 Antavatko hoitohenkilöt toisilleen palautetta tehdystä työstä?	30
5.6 Luottavatko hoitohenkilöt toistensa työsuorituksiin?	32
5.7 Ilmeneekö toisen hoitohenkilön arvostus tietojen ja taitojen vastavuoroisena jakamisena?	34
5.8 Miten hoitohenkilöt kuvaavat kollegiaalisuutta työssään?	35
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	36
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	36
6.2 Tutkimuksen eettisyys	37
6.3 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset	38
6.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	44
LÄHTEET	46
LIITTEET	
	Saatekirje ja väittämälomake
	Sairaanhoitajan eettiset ohjeet
	Kätilöiden kansainvälinen eettinen ohjeisto
	Tutkimusongelmat ja niihin viittaavat väittämät
	Tutkimuslupa

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA

Sairaanhoitajien välinen kollegiaalisuus on potilaan hyvän hoidon lähtökohta. Se on yksilöstä lähtevää eettistä toimintaa ja ilmenee muun muassa työtoverin arvostamisena, auttamisena, pyrkimyksenä yhteistyöhön, konsultointina, palautteen antamisena ja mahdollisiin epäkohtiin tarttumisena. (Paakki – Pakkanen 2000: 70.)

”Kollegiaalisuus” tulee latinankielisestä sanasta ”kollega”, joka tarkoittaa ammattitovereia ja virkaveljeä (Itkonen 2000: 198). Suomen kielen sanakirjan mukaan (1999: 370) kollega tarkoittaa työtoveria ja virkatoveria. Se määriteltiin myös tasavertaiseksi organisaation eri tasoilla toimivien yksilöiden väliseksi ammatilliseksi vuorovaikutukseksi ja myönteiseksi sosiaaliseksi riippuvuudeksi. (Kurtti-Sonninen 2003: Tiivistelmä.)

Kollegiaalisuus ilmenee toisen kannustamisena, keskusteluina, kehittävinä väittelyinä, kollegan huomioimisena työssä ja hänen mielipiteensä kunnioittamisena (Mansikkamäki 2004: 40). Ammatillisuuteen sisältyy luottamista kollegan toimintaan, keskinäistä tukemista ja kollegoiden välistä palautteen antamista ja saamista (Peltola 2003: 48).

Aiemmin kollegiaalisuutta on tutkittu muun muassa sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden välillä (Paakki – Pakkanen 2000), sairaanhoitajien välillä (Paakki – Pakkanen 2000; Latvala 2001; Rämänen – Vehviläinen 1994; Peltola 2003; Kurtti-Sonninen 2003; Haapaniemi – Hiltunen 2000), kätilöiden välillä (Mansikkamäki 2004), lääkärin ja hoitajan välillä (Baggs – Schmitt 1997), terveystieteiden opettajien työssä (Haakana 1998) sekä usean eri ammattiryhmän välillä - lääkärit, hoitajat, sosiaalityöntekijät ja psykologit (Kurtti-Sonninen 2003).

Tämä opinnäytetyö liittyy Näyttöön perustuva kätilötyö -hankkeeseen, jossa yhteistyökumppanina on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Naistensairaala. Opinnäytetyö on toteutettu määrällisenä tutkimuksena yhteistyössä Naistenklinikan ja Kätilöopiston sairaalan kanssa. Toimeksiantajan pyynnöstä tarkasteltavana on kollegiaalisuus ja erityisesti toisen hoitohenkilön toimintaan puuttuminen. Tarkoituksena on kartoittaa sen toteutumista käytännössä ja verrata sitä aikaisempaan tutkimustietoon kollegiaalisuudesta. Tässä työssä hoitohenkilöillä tarkoitetaan perus- ja lähihoitajia, sairaanhoitajia sekä kätilöitä.

Aihe on mielenkiintoinen, ja tutkimuksia lukiessamme on selvinnyt, että kollegiaalisuuden ilmenemistä hoitotyössä on tutkittu melko paljon. Tästä syystä sen toteutumista kohdeympäristössä voidaan tehokkaasti tutkia. Sen sijaan kollegan toimintaan puuttumista ei ole tutkimuksissa suoranaisesti nostettu esille. Koska aihe on arka, ei kollegan toimintaan puuttumisen tarvetta toisinaan edes haluta nähdä, oli asia kuinka vaikea tahansa. Opinnäytetyöllämme pyrimme edistämään kollegiaalisuuden toteutumista ja aiheen käsittelyä naistentautien yksiköissä.

2 HOITOTYÖN KOLLEGIAALISUUS KIRJALLISUUDESSA

Rämäsén ja Vehviläisen (1994) Kuopion yliopistollisen sairaalan Puijon sairaalan somaattisissa työyksiköissä sairaanhoitajille (n=474) tekemän kyselytutkimuksen vastauksen perusteella sairaanhoitajien kesken painottui eniten avoin kommunikaatio, rakentava palaute, vertaisarviointi, tietojen ja taitojen jakaminen sekä keskustelu hoitotyössä tapahtuvista kokemuksista ja ongelmista. Tärkeänä pidettiin myös sairaanhoitajien keskinäistä psykososiaalista tukea, toisen kannustamista, rohkaisemista ja kuuntelemista. Toisen kunnioittamista sekä ihmisenä että persoonana pidettiin tärkeänä. Vähemmän tärkeänä pidettiin yhteistä päätöksentekoa, toisen sairaanhoitajan ohjaamista sekä sairaanhoitajien keskinäistä tasa-arvoisuutta. (Rämäsén – Vehviläinen 1994: 56-57.)

Kurtti-Sonnisen (2003) tekemän laajaan artikkeliaineistoon pohjautuvan laadullisen tutkimuksen perusteella kollegiaalisuus tai vastaavasti epäkollegiaalisuus ilmenivät samaa ammattia harjoittavien yksilöiden käyttäytymisessä. Aineistolähteenä tutkimuksessa käytettiin sosiaali- ja terveysalan eri ammattiryhmien (lääkärit, hoitajat, sosiaalityöntekijät ja psykologit) ammattilehtiä (n=1054). Kollegiaalisuus ymmärrettiin myös samalla alalla toimivien ammattiryhmien yhteistyöksi ja yhteishengeksi. Kollegiaalisuuden näkökulmasta erityisen tärkeitä olivat yksilön korkea moraali, sivistyneet käytöstavat ja ammatillisuus. Esimiehen roolia ja vastuuta korostettiin työyhteisön kollegiaalisuuden rakentamisessa ja ylläpitämisessä. (Kurtti-Sonninen 2003: Tiivistelmä.)

Mansikkamäki (2004) on tehnyt haastattelututkimuksen kollegiaalisuudesta kätilön työssä. Haastatteluista kävi ilmi, että kätilöiden (n=26) mielestä kollegiaalisuuden osa-alueet olivat työn arvostaminen, palautteen antaminen, yhteistyön tekeminen, työssä jaksaminen ja oman työn kehittäminen. Lisäksi he määrittelivät kollegiaalisuuden ole-

van oman ammatin arvostamista, oman ja toisen työn kunnioittamista ja kollegan kunnioittamista omana itsenään. Kollegiaalisuuteen kuuluu rakentavan palautteen antamista ja vastaanottamista, hienotunteista puuttumista toisen työhön tarpeen niin vaatiessa sekä toisen auttamista kiireessä ja ongelmatilanteissa. (Mansikkamäki 2004: 40.)

Mansikkamäen mukaan kätilöt tunsivat melko voimakasta yhteenkuuluvuuden tunnetta kätilökuntaan. Ammattikunnan maineen puhtaanapito ja samalla puolella oleminen koettiin tärkeäksi. Kätilöt kokivat ammattilypeyttä työstään. (Mansikkamäki 2004: 40.) Vastaavasti sairaanhoitajien tärkeimmät yhteistyökumppanit olivat toiset sairaanhoitajat (Haapaniemi – Hiltunen 2000:68, Latvala 2001: 62).

Paakki ja Pakkanen (2000) tutkivat kollegiaalisuuden ilmenemistä sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden (n=20) kuvaamina. Tutkimuksen mukaan hoitajan ja työyhteisön professionaalisuuden asteella on merkitystä sairaanhoitajien välisen kollegiaalisuuden toteutumisessa. Lisäksi opiskelijat näkevät osastonhoitajalla ja yleisellä osaston ilmapiirillä olevan merkitystä kollegiaalisuuden ilmenemiseen. Vastaajien mukaan kollegiaalisuutta pitäisi käsitellä yhdessä enemmän sekä koulutuksessa että työelämässä. (Paakki – Pakkanen 2000: 71.)

Stylesin (1990) mukaan olemme sidoksissa kollegoihimme kutsumuksen, vakaumuksen, sosiaalisen sopimuksen, ammatillisen ajattelun ja omantunnon kautta yhtä tiukasti kuin omiin sisaruksiimme. Hänen mukaansa kollegiaalisuus on sisimmän ja identiteetin jakamista sekä henkistä veljeyttä tai sisaruutta kollegojen kanssa. (Styles 1990: 96.)

2.1 Kollegiaalisuuden osa-alueet

Tutkimuksissa nousivat esiin seuraavat kollegiaalisuuden osa-alueet: puuttuminen toisen toimintaan, luottaminen työtoveriin, työtoverin arvostus ja kunnioittaminen, palautteen antaminen, yhteistyö, työnjako, työssä jaksaminen ja ammattiohjeistot.

2.1.1 Puuttuminen työtoverin toimintaan

Peltolan (2003) tutkimus kollegiaalisuutta edistävästä ja estävästä tekijöistä sairaanhoitajien (n=20) arvioimana osoitti, että sairaanhoitajien mielestä toisen ihmisen kunnioittaminen oli lähtökohta hoitotyöhön. Tämä sisälsi niin potilaan kuin työtoverinkin kunni-

oittamisen. Se näkyi lojaalisuutena ja hyvänä käyttäytymisenä työtoveria kohtaan, mutta myös laajempana käsitteenä eli uskollisuutena koko ammattikuntaa kohtaan. Lojaalisuutta peräänkuulutettiin varsinkin tilanteissa, joissa työtoverin ratkaisuja tai toimintaa kyseenalaistettiin. Toisen sairaanhoitajan tuki koettiin tällaisissa tilanteissa erittäin arvokkaaksi. Peltolan kohdeosastoilla oli ollut tilanteita, joissa oli jouduttu puuttumaan kollegan epäasialliseen käyttäytymiseen. Tällaiset tilanteet oli koettu raskaiksi, mutta ongelmakäyttäytymiseen toivottiin puututtavan mahdollisimman nopeasti. Ongelmat työtoverin käyttäytymisessä heijastuivat työtovereiden mielestä koko osastolla tehtävään hoitotyöhön. (Peltola 2003: 50.)

Myönteisessä merkityksessä kollegiaalisuus on ammattiryhmien voimavara ja kielteisessä mielessä sellaista lojaalisuutta ammattiryhmälle, jonka tarkoituksena on hyväksyä tai peittää kollegan tekemät virheet. Ammattiryhmän jäsenen kollegiaalisuutta ohjaa kunkin ammatin ammattietiikka ja kollegiaalisuusohjeet. Yksilön ammatillisuuden osana kollegiaalisuus syntyy ja kehittyy koulutuksessa sekä työssä oppimisen, sosiaalistumisen ja sitoutumisen myötä. Kurtti-Sonnisen tutkimuksen kaikissa tarkasteluryhmissä ilmeni kollegiaalisuuden kannalta myönteisiä ja kielteisiä ilmiöitä, eli se ei useinkaan ilmene työelämässä ihanteellisessa muodossa. (Kurtti-Sonninen 2003: Tiivistelmä.)

Lojaalisuus kollegaa kohtaan on hänen hyväksymistään sellaisena kuin hän on. Negatiivisessa merkityksessä se tarkoittaa työntekijöiden virheiden peittelyä ja salailua. Lojaalisuus velvoittaa kokeneempaa työtoveria avustamaan kokemattomampaa työtoveriaan tilanteissa, joissa virheellisen menettelyn todennäköisyys on suuri. (Vehviläinen 1996: 41.)

Paakin ja Pakkasen tutkimuksessa (2000) nousi esiin se, että toisen toimintaan on puututtava, mikäli se on virheellistä. Kollegiaalista ei ole työtovereiden eikä oman virheellisen toiminnan salaaminen tai peittely. Kollegan toimintaan on puututtava rehellisesti kasvotusten; selän takana puhuminen tuomittiin. (Paakki – Pakkanen 2000: 40.)

Myös sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa sanotaan, että sairaanhoitajien tulee valvoa, etteivät oman ammattikunnan jäsenet toimi potilasta kohtaan epäeettisesti. Tällaisissa tilanteissa kollegan on puututtava toisen toimintaan. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2006.)

Kangas ja Päivinen (1993) toteavat Hoitotyön vuosikirjaan kirjoittamassaan artikkelissa eettisistä ohjeista ja niiden merkityksestä sairaanhoitajille, että sairaanhoitajalla on velvollisuus seurata muidenkin potilaansa kokonaishoitoon osallistuvien toimintaa. Sairaanhoitajan tulee puuttua tilanteisiin, joissa potilaan hyvinvointi vaarantuu. Sairaanhoitajan työlle on tyypillistä elämän, ihmisoikeuksien ja ihmisarvon kunnioittaminen. Välikäisesti hoitotyötä vaikeuttavaa toimintaa voi olla myös hoitotyön hallinnossa ja koulutuksessa. Jokainen eettinen ongelmatilanne ratkaistaan yksilöllisesti, ja ratkaisuissa onnistumiseen vaikuttaa sairaanhoitajan ja työyhteisön sitoutuneisuus hoitotyöhön. (Kangas – Päivinen 1993: 18.)

Styles (1990) kirjoittaa kirjassaan kollegoiden välisestä lojaalisuudesta. Hänen mukaansa olemme onnellisia kollegan onnistumisesta ja surullisia hänen epäonnistumisestaan. Tätä kautta syntyy lojaalisuus, jossa työntekijä hyväksytään omana itsenään mutta joka ei tee työtovereita sokeiksi hänen virheilleen. (Styles 1990: 96-98.)

2.1.2 Luottaminen työtoveriin

Vajaa kolmasosa (29 %) sairaanhoitajista oli Rämäsen ja Vehviläisen (1994) mukaan sitä mieltä, että työyksikössä on sairaanhoitajia, joiden työsuoritukseen he eivät luota. Jopa 86 % sairaanhoitajista koki, että työtoverit antoivat heille mahdollisuuden kehittää omaa ammattitaitoaan. Osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat ja kättilöt luottivat työtovereihinsa muita sairaanhoitajia enemmän. Luottamuksen puutteesta kärsii sekä sairaanhoitajien keskinäinen verkosto että potilas. Koska sairaanhoitajien työ on vuorotyötä, on työtoveriin luottaminen erityisen tärkeää. (Rämänen – Vehviläinen 1994: 53-61.)

Peltolan (2003) mukaan työtoveriin luottamiseen vaikutti työtoverin ammatillinen asenne työntekoa kohtaan. Luottamuksen osoittaminen työtoveria kohtaan koettiin helpommaksi, jos tämän työskentelytavat olivat entuudestaan tutut ja hän oli kokenut työssään. Käytännössä luottamus näkyi muun muassa yhteistyönä potilaan hoidon suunnittelussa. Peltola toteaa, että sairaanhoitajien tulisi enemmän käyttää kollegoidensa asiantuntemusta hyödyksi hoidon suunnittelussa. (Peltola 2003: 48.)

Sairaanhoitajan ammattipätevyyttä tulisi Kankaan ja Päivisen (1993) mukaan aika-ajoin mitata. Sairaanhoitajan tulisi aktiivisesti kehittää tietoperustaansa kartuttamalla tutki-

muksellista ja kirjallista tietoaan sekä soveltaa ja jakaa sitä kollegoiden kesken. (Kangas – Päivinen 1993: 19.)

2.1.3 Työtoverin arvostus ja kunnioittaminen

Rämäsen ja Vehviläisen (1994) tutkimuksen mukaan lähes kaikki (99 %) tutkimukseen vastanneista sairaanhoitajista arvostivat toisiaan ja toisten sairaanhoitajien tekemää työtä (99 %). Kaikki olivat sitä mieltä, että parhaiten arvostus näkyy haluna oppia työtoverilta työssä tarvittavia tietoja ja taitoja sekä haluna auttaa työtoveria. Sairaanhoitajat myös arvostivat toisten sairaanhoitajien persoonallisuuksia (97 %). Työtoverin arvostuksessa ei ollut eroja eri-ikäisten vastaajien välillä. (Rämänen – Vehviläinen 1994: 45-46.)

Mansikkamäen (2004) tutkimukseen osallistuneet kätilöt kuvasivat työilmapiiriin ja sitä kautta kollegiaalisuuden tunteen voimakkaaksi ja toimintaan positiivisesti vaikuttavaksi. Tutkimuksen mukaan he arvostavat ammattiaan ja ovat siitä ylpeitä. Kätilöt haluavat puhalttaa yhteen hiileen. Vaikka he arvostavat myös muiden ammattikuntien edustajia, on yhteenkuuluvuuden tunne kuitenkin kätilöiden kesken suuri. Myös työtoveria, hänen persoonaansa, tietojaan ja ammattitaitoaan kunnioitetaan. Toisen kätilön ammatillisuutta ei kyseenalaisteta koskaan, etenkin silloin jos asiakkaita on läsnä. (Mansikkamäki 2004: 26-28.)

Lea Lammen (2006) tekemässä pro gradu -tutkielmassa Tiimityön toimivuus perusterveydenhuollossa kävi ilmi, että reilusti yli puolet (n=161) vastanneista koki, että tiimeissä on hyvä yhteishenki ja yhteistyötä pidettiin käytännöllisempänä kuin yksin toimimista. (Lampi 2006: 51-52.)

Kollegoiden välinen arvostuksen puute ilmeni oman ammatillisen osaamisen korostamisena, toisen vähättelynä, keskinäisenä kateutena ja kilpailuna. Vastavalmistuneiden oli vaikea tuoda mielipiteitään julki, eikä heidän mielipiteitään otettu huomioon. Keskinäisen kunnioituksen kuvattiin tulevan ilmi kunnioittamisena ja luottamisena kollegoiden asiantuntemukseen sekä oman ammattitaidon arvostamisena ja muiden kollegoiden kannustamisena ja kiittämisenä. (Kuivamäki – Patteri 2003: 39.)

2.1.4 Palautteen antaminen kollegalle

Kätilöt kokivat palautteen antamisen, sekä negatiivisen että positiivisen, hyvänä. He olivat sitä mieltä, että on tärkeää tietämättömänä kysyä asiaa, ennemminkin kuin yrittää olla uhkarohkea. Uhkarohkeutta pidettiin yhtenä kollegiaalisuuden tuhoajana. Jos joku kätilöistä toimi väärällä tavalla, pidettiin tärkeänä siihen puuttumista rakentavassa hengessä. (Mansikkamäki 2004: 29.)

Sairaanhoitaja voi kokea itsensä kyvykkääksi olematta sitä. Kankaan ja Päivisen (1993) artikkelissa todetaan, että pätevä sairaanhoitaja pystyy kriittisellä tavalla arvioimaan niin omat kuin muidenkin kyvyt. Eettiset ohjeet merkitsevät sairaanhoitajalle sitä, että hän kantaa vastuuta ammatillisista kyvyistään ja käytännön toiminnastaan. Hänen on samalla kannettava vastuuta kollegoistaan. (Kangas – Päivinen 1993: 16.)

Neljäsosa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että he eivät saaneet kiitosta muilta sairaanhoitajilta onnistuttuaan tehtävissään. Noin 30 % vastanneista koki saavansa liian vähän rakentavaa palautetta. Suurin osa (86 %) oli sitä mieltä, että he antoivat rakentavaa palautetta toisilleen enemmän kuin itse saivat. (Rämänen – Vehviläinen 1994: 48.)

Peltolan (2003) tutkimuksista saamien tulosten mukaan työn kehittämiseen liittyvinä kollegiaalisuutta edistävinä tekijöinä pidettiin yhteisiä palavereja, vertaisarvioinnin käyttämistä palautteen antamisen välineenä ja työkiertoa. Nämä vaikuttivat myös työilmapiiriin. Vertaisarvioinnilla sairaanhoitajat toivoivat palautteen antamisen ja saamisen lisääntymistä. Työkierron kautta puolestaan opittiin arvostamaan myös toisessa työyksikössä tehtävää hoitotyötä. Peltosen tutkimuksen kohdeosastoilla ei juurikaan työkiertoa käytetty, vaikka sen tarpeellisuudesta paljon keskusteltiin. (Peltola 2003: 52.)

Kätilöt jopa toivovat palautetta omasta toiminnastaan, rehellisyyttä ja sitä, että jokaisen omaa mielipidettä arvostetaan. Kätilöt pitävät myös tärkeänä kiitollisuuden ja kunnioituksen julki tuomista kollegoitaan kohtaan. Palaute toivotaan annettavaksi henkilökohtaisesti kasvokkain, oli se sitten myönteistä tai kielteistä. Osa tutkimukseen vastanneista oli sitä mieltä, että joskus epäsopu aiheuttaa työilmapiirin huononemista, selän takana käyttämistä ja arvostelemista. (Mansikkamäki 2004: 30.)

Kolmasosa Lammen (2006) tutkimukseen vastanneista arvioi saavansa riittävästi myönteistä palautetta, mutta melkein puolet piti myönteisen palautteen saamista vähäisenä. Puutteita katsottiin olevan kommunikaation avoimuudessa ja rakentavan palautteen antamisessa. (Lampi 2006: 49.)

Peltolan tutkimuksessa (2003) sairaanhoitajat kaipaivat palautetta omilta kollegoilta, vaikka kokivat saavansa helpommin negatiivista kuin positiivista palautetta. Palautteen antaminen ja saaminen koettiin keinoksi kehittyä ammatillisesti. Erityisesti positiivisen palautteen katsottiin edistävän sairaanhoitajana kehittymistä. Rehellisyys palautteen antamisessa ja saamisessa oli tärkeä tuki myös avoimen työilmapiirin syntymisessä. Takanapäin annettu negatiivinen palaute esti kollegiaalisuutta työyksiköissä. Palautteen antaminen koettiin sairaanhoitajien keskuudessa liian vähäiseksi. (Peltola 2003: 49.)

Salosen (2004) sairaanhoitajien parissa (n=235) tekemä pro gradu -tutkielma Mentorointi ja sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys käsitteli mentorointia eli kokeneemman antamaa ohjausta ja tukea kokemattomammalle. Tutkielmassa käsiteltiin myös palautteen antamista. Vastanneiden mukaan palautteen tulisi olla oikeudenmukaista ja kannustavaa, ei missään nimessä nolaavaa. Vain viidesosa tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista antoi kiitettävän arvosanan jatkuvasta palautteen saannista, ja negatiivisen palautteen saaminen oli 79 % mielestä epämiellyttävää. (Salonen 2004: 47-48.)

Paakin ja Pakkasen (2000) tutkimuksesta käy ilmi, että yksi kollegiaalisuuden tärkeistä osa-alueista on se, että osaa antaa palautetta toisille. Sairaanhoitajien mukaan heidän tulisi antaa toisilleen työryhmässä enemmän kaikenlaista palautetta. Monesti palaute on negatiivista: tekemättömät työt huomataan, mutta onnistumiset jätetään huomioimatta. (Paakki – Pakkanen 2000: 41.)

Silén-Lipposen ym. (1999) leikkaushoitajien merkityksellisiä kokemuksia yhteistoiminnallisuudesta käsittelevässä tutkimusartikkelissa todetaan, että kaikkien mielipiteitä kunnioittava keskustelu vaikeistakin asioista on tärkeää. Vaikeista asioista ei tulisi keskustella toisten hoitajien selän takana. (Silén-Lipponen ym. 1999: 44.)

Vuorisen (1998) sairaanhoitajille (n=24) tekemästä tutkimuksesta Vertaisen arviointi ja palaute sairaanhoitajan ammatillisessa kehityksessä nousi esiin palautteen saamisen tärkeys. Sairaanhoitajien mukaan työstä on saatava palautetta, jotta sitä osaa kehittää.

Muuten on vaikea tehdä työtä vuodesta toiseen. Vertaisen antama palaute sisältää yleensä omaan työhön kohdistuvia huomautuksia, jolloin ne koetaan helposti kritiikiksi. Positiivinen palaute yleensä piiloutuu arkipuheen joukkoon. Tästä johtuen palaute koetaan enemmän negatiivissävyyiseksi. Palautetta ei kuitenkaan aina koeta huonona, koska se auttaa käytännön hoitotyön kehittämistä ja sairaanhoitajien mukaan negatiivista palautetta on monesti helpompi ottaa vastaan kuin positiivista. (Vuorinen 1998: 74-76.)

Stylesin (1990) mukaan on tärkeä antaa arvoa vertaisarvioinnille; on hyvä että sekä annetaan että vastaanotetaan rakentavaa kritiikkiä (Styles 1990: 98). Myös Kuivamäki ja Patteri saivat samankaltaisia tuloksia. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kertoivat avoimen palautteen antamisen ja saamisen edistävän yhteistyötä. Suuri osa vastajista oli kuitenkin sitä mieltä, että palautetta annetaan ja saadaan liian vähän ja sen antamista tulisi tehostaa. (Kuivamäki – Patteri 2003: 60.)

2.1.5 Kollegoiden välinen yhteistyö

Kätilöiden eettisissä ohjeissa sanotaan, että kätilö tuntee oman ammattiosaamisensa rajat. Hän tekee tarpeen vaatiessa yhteistyötä muiden terveydenhuollon ammatti-ihmisten kanssa joko konsultoiden heitä tai ohjaten asiakkaan jatkohoitoon. (Suomen kätilöliitto ry 2006.)

Noin kolmannes (27 %) Rämäsen ja Vehviläisen tutkimukseen vastanneista oli sitä mieltä, että työtovereiden väliset mielipide-eroavaisuudet jätetään käsittelemättä työyksikössä. Vajaa puolet (40 %) vastaajista oli sitä mieltä, että mielipide-eroavaisuudet jätetään käsittelemättä loppuun asti niin, että ne selviäisivät. Vaikka sairaanhoitajat kokivat, ettei mielipide-eroja kunnolla selvitetä, oli reilusti yli puolet (73 %) sitä mieltä, että sairaanhoitajat käsittelevät keskinäisiä mielipide-eroavaisuuksiaan. Yli 20 vuotta työssä olleet sairaanhoitajat kokivat tasa-arvon toteutuvan alle 20 vuotta työssä olleita useammin. Samoin tasa-arvon toteutumisen kannalla olivat enemmän yli 40-vuotiaat kuin alle 40-vuotiaat sairaanhoitajat. (Rämänen – Vehviläinen 1994: 47-48.)

Kankaan ja Päivisen (1993) mielestä ammatillinen sairaanhoitaja yhdistää asiantuntijuutensa muiden sairaanhoitajien kanssa. Hän tuntee ylpeyttä kollegan menestyksestä ja häpeää tämän epäonnistumisesta. Kollegat keskustelevat erimielisyyksistä, pettymyksistä ja ristiriidoista, mutta pitävät yhtä tilanteen niin vaatiessa. (Kangas – Päivinen 1993:

17.) Kuivamäen ja Patterin (2003) tutkielmassa sairaanhoitajat kertoivat kollegan tuntemisen edistävän yhteistyötä. Sairaanhoitajien mukaan myös erilaisuuden sietokyky ja hyvä huumorintaju lisäsivät kollegiaalisuutta ja edistivät yhteistyötä. (Kuivamäki – Patteri 2003: 40.)

Rämäsen ja Vehviläisen (1994) mukaan kaikki kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista jakoivat tarvittavia tietoja ja taitoja toisilleen. Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että he opettivat toisiaan, ottivat vastuuta yhteisestä päätöksenteosta ja olivat ylpeitä työtoverinsa onnistumisesta. He kokivat muiden sairaanhoitajien luottavan heidän työhönsä ja toimivansa itse esimerkkinä muille sairaanhoitajille hoitotyön toiminnoissa. Sairaanhoitajista 92 % halusi hoitaa potilasta yhdessä kollegoiden kanssa ja osallistua potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Lisäksi 82 % vastanneista konsultoi muita sairaanhoitajia hoitotyön ongelmatilanteissa. (Rämänen – Vehviläinen 1994: 51-52, 54.)

Kätilöt pyrkivät tekemään yhteistyötä monissa eri tilanteissa, sillä kollegaa pyritään auttamaan tarpeen vaatiessa. Kätilöt ovat sitä mieltä, että yhteistyö helpottaa ratkaisuja ja luo kannustavan ilmapiirin. Kollegan ammatillisia vahvuuksia ja osaamista arvostetaan niin, että he voivat auttaa toisiaan silloin, kun toinen apua tarvitsee. Yhteistyötä arvostetaan etenkin hankalan tapauksen eteen tullessa. Tällöin kätilön tulee vain pyytää apua, niin sitä kyllä saa. Kiireessä apu on tarpeen ja silloin kollegiaalisuuden arvostus nousee. Jos jollakulla on huomauttamista toisen tekemisistä, asioista tulee keskustella. Tutkimukseen vastanneet nuoret kätilöt kokivat saavansa neuvoja ja ohjeita tarpeen vaatiessa vanhemmilta kollegoiltaan. Vaikka kokemusta olisikin jo kertynyt, on avun pyytäminen ja saaminen vastanneiden mielestä helppoa. Kollegoiden keskinäinen neuvominen koetaan hyvänä. Aina voi luottaa siihen, että jos itse ei jotain tiedä, niin joku työtovereista tietää. (Mansikkamäki 2004: 30-32.)

Tiedon jakaminen työpaikalla nähtiin toisinaan ongelmalliseksi (Mansikkamäki 2004). Osa vastanneista oli sitä mieltä, että tietoja ei pantata vaan kaikesta keskustellaan avoimesti. Osa taas koki, että ilmapiiriä huonontaa työpaikalla juuri tiedon panttaaminen ja pimittäminen. Kaiken kaikkiaan tiedonjako koettiin sujuvaksi. Kätilöt pystyivät luottamaan toisiinsa ja ymmärsivät, että kukaan ei tiedä kaikkea kaikesta. Asioista neuvoteltiin yhdessä, eikä huonommuutta tarvinnut kokea, vaikka neuvoa joutuikin kysymään. Yhteistyötä pidettiin tärkeänä, koska monta päätä yhdessä on parempi kuin yksi pää. (Mansikkamäki 2004: 32.)

Haakanan pro gradu -tutkielmassa Yhteistoiminnallisuus ja kollegiaalisuus terveystieteiden opettajan työssä – opettajakoulutuksen vaikutus haastateltavina oli terveystieteiden opettajia (n=12). Heidän mukaan yhteistyö kollegoiden välillä edistää yksilöiden tiedollista oppimista. Tiedonkulku yksilöiden välillä on tärkeää yhteisten päämäärien saavuttamiseksi. Yhdessä työskennellessä tietotaito lisääntyy, koska asioita tarkastellaan monelta eri kantilta. Tätä kautta jokaisen ammatillisuus ja asiantuntevuus lisääntyvät. Yhdessä työskentely ja tietojen jakaminen lisää vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja. Yhteistyö kollegoiden välillä lisää kykyä toimia yhteistyössä myös asiakkaiden ja muiden ammattiryhmien kanssa. Sillä todettiin myös olevan myönteinen vaikutus yksilöiden persoonalliseen kasvuun ja sen myötä katsottiin myös yksilöiden vastuullisuuden ja itseluottamuksen kasvavan. Tutkimuksen mukaan yhteistyön koettiin vaikuttavan myönteisesti työssä jaksamiseen ja selviytymiseen työssä. (Haakana 1998: 46-47.)

Lammen (2006) pro gradu -tutkielmassa tiimityön toimivuudesta noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että tiimissä on työntekoa häiritsevää kilpailua kollegoiden kesken. Enemmistö vastaajista kuitenkin koki, että työtoveriin saattoi luottaa ja tämän työtä kunnioitettiin ja arvostettiin. Tiimin toiminta oli parhainta silloin, kun yhteistyö, päätöksenteko, tiedon kulku ja tiimin johtaminen toimivat. Kolme neljäsosaa vastanneista oli sitä mieltä, että jäsenet tukivat ja avustivat tarvittaessa toisiaan. Tutkimuksen mukaan mitä paremmin tiimityö toimi, sitä kiinnostavammaksi myös työ koettiin. (Lampi 2006: 48-49.)

Kateus, kiista, erimielisyydet, persoonallisuuksien erilaisuudet ja avoimuuden puute olivat ongelmatekijöitä, joiden koettiin haittaavan tiimin toimivuutta (Lampi 2006: 65). Hoitotyössä joskus ilmenneet kateus ja kilpailu saattoivat olla esteinä avun antamiselle, esimerkiksi kiireeseen vetoamalla (Peltola 2003: 50).

Peltolan (2003) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat, että työtoverin korvaaminen hoitotyössä oli helppoa, kun hoitosuunnitelma oli huolellisesti laadittu. Oma hoitajan tekemisiin hoitosuunnitelmiin koettiin voivan luottaa. Tämän kollegiaalisen luottamuksen katsottiin edistävän sairaanhoitajien välistä ammatillista yhteistyötä. Kollegiaalisuus ilmeni sairaanhoitajien välisenä yhteistyönä konsultoinnissa, perehdyttämisessä ja työtoverin auttamisessa. Helpompina koettiin oman osaston sairaanhoitajien konsultointi kuin toisten osastojen sairaanhoitajien konsultointi. Vaikeuksia sairaanhoitajien mielestä aiheutti se, että oli vaikea myöntää, jos ei tiedä jotain asiaa sekä pelko muiden reakti-

oista omaa ammattitaitoa kohtaan. Hoitotyössä avun saaminen ja antaminen on Peltolan mukaan osa potilaan hoitamista. Arjen sujuminen oli riippuvainen yhteistyösuhteen toimivuudesta. Apua pyydettiin yleensä tutuilta ja kokeneilta työtovereilta, joihin luotettiin ammatillisesti. (Peltola 2003: 31-32, 48-50.)

Latvala (2001) tarkastelee pro gradu -tutkielmassaan sairaanhoitajien ammatillista yhteistyötä. Kyselytutkimuksen keskeisimpinä tuloksina sairaanhoitajat (n=174) arvioivat omat yhteistyövalmiutensa enimmäkseen hyviksi. Tärkeimpiä yhteistyötahoja olivat toiset sairaanhoitajat, joiden keskinäinen konsultointi työyksikön sisällä oli vilkasta. Sairaanhoitajat arvostivat osaamistaan ja olivat mielestään melko neuvottelutaitoisia. He pystyivät perustelemaan ratkaisujaan ja auttamaan kollegaansa. Latvala toteaa myös, että hyvään yhteistyöhön perustuvassa toiminnassa henkilöt tuntevat toistensa osaamisalueet. Työyksikön sairaanhoitajat olivat motivoituneita osallistumaan kollegiaalisuus-, työyhteisöpsykologia-, asenne- ja tiimikoulutuksiin sekä vastaaviin tapaamisiin. Tyytymättömyimpiä yhteistyötaitojensa riittävyteen olivat vähiten työkokemusta omanneet sairaanhoitajat. (Latvala 2001: 62-64.)

Yhteistyöhön ja sen muotoihin Latvala luettelee työkierron ja säännöllisesti pidettävät kokoontumiset, mutta koko henkilökunnan mielestä yhteiset tapaamiset olivat riittämättömiä. Latvalan tutkimuksen mukaan tärkeimpinä tekijöinä ammatillisessa yhteistyössä pidettiin tiedon ja keskinäisen luottamuksen lisääntymistä, oman ajattelun laajenemista sekä erilaisten näkemysten huomioon ottamista omassa ajattelussa. (Latvala 2001: 64-70.)

2.1.6 Työnjako työyhteisössä

Rämäsen ja Vehviläisen (1994) tutkimuksesta käy ilmi, että lähes kaikki (88 %) vastanneista olivat sitä mieltä, että työt jaetaan tasapuolisesti, jokaisen erityisosaaminen huomioiden. Tieto hoitotyöhön liittyen jakautuu tasaisesti, vastanneista 91 % koki että heidän mielipidettään kysyttiin hoitotyön ongelmatilanteissa ja 93 % oli sitä mieltä, että he pystyvät vapaasti keskustelemaan toistensa kanssa työssä esiin tulevista ongelmista ja arvioimaan yhdessä hoitotuloksia. (Rämänen – Vehviläinen 1994: 48.)

Erityisesti nuorilta kättilöiltä toivottiin avointa ja nöyrää suhtautumista työhön, sekä arvostusta vanhempaa kollegaa ja tämän tietotaitoja kohtaan (Mansikkamäki 2004: 28).

Suurin osa Lammen (2006) tutkimukseen osallistuneista koki, että tiimillä on yhteinen päämäärä ja lähes kaikkien mielestä myös kaikki pyrkivät siihen. Yhteistyö toimi hyvin ja kaikki tiimin jäsenet kokivat kantavansa osan vastuuta tavoitteiden saavuttamisesta. Tiimillä oli vastanneiden mukaan yhteiset arvot ja niihin oli lähes jokainen myös sitoutunut. Päätöksenteko yhdessä toimi hyvin ja suurimmalla osalla oli uskallusta tehdä päätöksiä. Päätöksenteko sujui siis paremmin, jos tiimityö toimi hyvin. (Lampi 2006: 48-49.)

Kollegiaaliseen työnjakoon kuuluu myös se, että voimme luottaa muiden jatkavan siitä, mihin me parhaamme tehtyämme lopetamme. Tärkeää on tietoisuus siitä, että kenenkään ei tarvitse selviytyä yksin kaikista ongelmista. Työt jaetaan tasapuolisesti kaikkien kesken ja toista autetaan tarvittaessa. (Styles 1990: 97.)

2.1.7 Kollegoiden vaikutus työssä jaksamiseen

Mansikkamäen (2004) tutkimuksessa kävi ilmi, että kättilöt kokivat kollegan tukemisen tärkeänä. Koska työssä riittää paljon sekä ilon että surun hetkiä on tärkeää, että kollegoilta saa aina tarvittaessa tukea, joka auttaa jaksamaan. Kollegat ovat kiinnostuneita siitä, miten työkaveri jaksaa ja selviää. Sekä fyysistä että psyykkistä tukemista arvostettiin. Kättilöt pohtivat keskenään sekä iloisia että surullisia asioita ja työtoverin tukena ollaan myös myöhemmin, jos tilanne sitä vaatii. Työpaikalla pidetään tärkeänä myös muista kuin työasioista keskustelemista. Toisia kohtaan halutaan olla lojaaleja ja kollegoita autetaan myös henkilökohtaisen elämän ongelmissa. Toisia kunnioittavan ilmapiirin todettiin parantavan viihtyvyyttä ja auttavan jaksamaan. Kättilöt toimivat periaatteella ”kaveria ei jätetä”. Kaikista asioista voi puhua työtoverin kanssa, joka varmasti ymmärtää. (Mansikkamäki 2004: 33.)

Lammen (2006) mukaan tiimin työntekijät saivat apua toisiltaan ja oppivat uusia asioita toisten tiimiläisten kautta. Työntekoa kuvattiin antoisammaksi työskennellessä pareittain tai ryhmissä. Tiimityön toimiessa hyvin on työssä jaksaminenkin paljon helpompaa. (Lampi 2006: 67.)

Ammatillisuuden tärkeäksi osaksi sairaanhoitajat kokivat keskinäisen tuen antamisen (Peltola 2003). Tukemisen muoto vaihteli konkreettisesta, arkisesta avun antamisesta henkiseen tukemiseen työn uuvuttaessa, eettisissä ristiriitatilanteissa tai vaikeissa poti-

laskontakteissa. Etenkin aloittelevat sairaanhoitajat arvostivat kokeneiden kollegoidensa tukea. Avun ja tuen hakemiseen vaikuttivat sairaanhoitajan persoonalliset ominaisuudet; hyvä itsetunto edesauttoi avun hakemista kollegalta. Vastaavasti kollegoihinsa ystävällisesti suhtautuvat sairaanhoitajat olivat useimmiten avun antajina. Keskinäinen tuki auttoi sairaanhoitajia jaksamaan stressaavissakin työtilanteissa. Jos apua ei saanut työtoverilta, johtui se useimmiten kiireestä tai saman osaston kahden tiimin välisestä kilpailusta. (Peltola 2003: 48-49.)

2.1.8 Kollegiaalisuutta koskevat ammattiohjeistot

Rämäsén ja Vehviläisen (1994) tutkimuksen mukaan suurin osa (73 %) sairaanhoitajista koki, että ammatitoverillista käyttäytymistä ohjaavat ohjeistot ovat tarpeellisia. Vajaa kolmannes (27 %) vastanneista piti ohjeistoja tarpeettomina. Tätä perusteltiin sillä, että kyky ammatitoverilliseen käyttäytymiseen on ihmisessä itsessään. Osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että ammatitoverillinen käyttäytyminen sisäistetään ammattikoulutuksen yhteydessä tai sairaanhoitaja oppii ne työelämässä käytyjen pohdiskelujen ja keskustelujen kautta. (Rämänen – Vehviläinen 1994: 44.)

2.2 Hoitotyön kollegiaalisuutta edistäviä tai estäviä tekijöitä

Peltola (2003) listaa kollegiaalisuutta edistäviksi tai estäviksi tekijöiksi sairaanhoitajan persoonalliset luonteenpiirteet, työyhteisön ilmapiirin, työyhteisön johtamistavan ja työn kehittämiseen liittyvät tekijät. Luonteenpiirteitä, jotka edistivät kollegiaalisuutta, olivat ystävällisyys ja huumorintaju. Kateellisuus ja huono itsetunto estivät kollegiaalisuuden ilmenemistä työyhteisössä. Kateus aiheutti vallan- ja pätemisenhalua, mikä näkyi toisten vähättelynä ja arvostelemisena. Huonon itsetunnon katsottiin heikentävän työntekijän omanarvontuntoa synnyttäen pelkoa omasta asemasta työyhteisössä. (Peltola 2003: 51.)

Haapaniemi ja Hiltunen ovat tutkineet ammatillista yhteistyötä muuttuvassa sairaalaorganisaatiossa. Sairaanhoitajille (n=327) tehdyn kyselytutkimuksen mukaan 18 hoitajaa oli sitä mieltä, että kollegan persoona ja henkilökemiat vaikuttavat yhteistyön määrään, laatuun tai sisältöön. Tämä ilmeni joko yhteistyön toimimattomuutena tai sen satunnaisuutena, suunnittelemattomuutena ja hajanaisuutena. Kiire ja ajanpuute vaikuttavat estävästi yhteistyön toteutumiseen. Myös kateus, asenteet ja ennakkoluulot koettiin yhteis-

työtä estävinä tekijöinä. Yhteistyötä eniten edistäviksi tekijöiksi sairaanhoitajat ilmoittivat avoimuuden ja yhteisistä tavoitteista sopimisen. (Haapaniemi – Hiltunen 2000: 61-63.)

Vehviläisen mukaan kollegiaalisuudessa on kyse toimivista ihmissuhteista. Työyhteisöissä olisi hyvä keskustella kollegiaalisuudesta, siitä mitä se on ja miten jokainen voisi sitä omalla toiminnallaan edesauttaa. Kollegiaalisuuden vaarana on, että se muodostaa liian tiukkoja ammatillisia rajoja ja antaa mielikuvan, että vain yhdellä ammattikunnalla on hallussaan todellinen tieto ja taito. Lisäksi tiukat eri ammattiryhmien työskentelyrajat saattavat vaikeuttaa heidän välistään yhteistyötä. (Vehviläinen 1998: 73.)

Silén-Lipponen ym. (1999) toteavat artikkelissaan työtoverin tukemisen, yhteistyön ja auttamisen edistävän yhteistoiminnallisuutta. Estävinä tekijöinä he pitivät erikoisalojen eriarvoisuutta, asioiden selvittämättä jättämistä sekä työtoverin vihamielistä ja loukkaavaa käytöstä. (Silén-Lipponen ym. 1999: 43.)

Peltolan (2003) mukaan työilmapiirillä on merkittävä vaikutus kollegiaalisuuden esiintymiselle. Huono työilmapiiri esti kollegiaalista käyttäytymistä ja vastaavasti kollegiaalisuuden puute heikensi työilmapiiriä. Avoimuus, erilaisten mielipiteiden salliminen ja pyrkimys yhteisymmärrykseen edisti kollegiaalisuutta työyhteisössä. Tätä edistivät osastokokoukset, joiden jälkeen pienissä ryhmissä virisi keskustelua asioista. Miehen luomiseksi tällaiseen keskustelukulttuuriin toivottiin muutosta. (Peltola 2003: 52.)

Osastonhoitajan rooli oli työilmapiirin luoja merkittävä. Omalla esimerkillään kuten hyvällä käyttäytymisellä, tasapuolisuudella, luottamuksellisuudella sekä avoimuudella hän edisti kollegiaalisuutta työyhteisössä. (Peltola 2003: 52.) Myös Hansen oli samoilla linjoilla Peltolan kanssa. Hänen mukaansa osastonhoitajalla on suuri rooli kollegiaalisuuden muodostumiseen osastoilla sekä hoitohenkilöiden kesken että hoitohenkilöiden ja muiden osastolla työskentelevien kanssa (Hansen 1995:19). Coxin (2001) mukaan hoitohenkilöiden välisiä ristiriitoja ilmenee enemmän pienissä työyksiköissä, joissa sairaanhoitajien määrä suhteessa muuhun henkilökuntaan on suurempi kuin suurissa työyksiköissä (Cox 2001: 22).

Hansenin Yhdysvalloista saamien tutkimustulosten mukaan nuoremmat vastavalmistuneet hoitajat jaksavat paremmin panostaa kollegiaalisuuteen, ja he haluavat muun muassa oppia muilta työntekijöiltä hoitotyössä tarvittavia tietoja ja taitoja (Hansen 1995:18).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, käytännönläheinen ja työelämälähtöinen. Tutkimuksesta on mahdollisesti hyötyä hoidon laadun kehittämisessä juuri yhteistyöosastoilla ja omassa ammatillisessa kasvussamme. Tarkoituksena oli selvittää kollegiaalisuuden osa-alueiden toteutumista naistentautien vuodeosastoilla ja nostaa esiin toisen hoitohenkilön toimintaan puuttuminen. Tavoitteena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan puuttumisvalmiuksia ja herättää rakentavaa keskustelua aiheesta yhteistyöosastoilla.

Hoitohenkilökunnalle jaettiin väittämälomakkeet, jotka kukin osallistuva hoitaja sai täyttää yksityisesti. Tutkimuksen tarkoituksesta johdetut tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisissa tilanteissa hoitohenkilöillä on / ei ole valmiuksia puuttua toisen toimintaan?
2. Vaikuttaako ammattinimike puuttumisvalmiuteen?
3. Mitä kautta hoitohenkilöt kokevat voivansa puuttua toisen hoitohenkilön toimintaan?
4. Antavatko hoitohenkilöt toisilleen palautetta tehdystä työstä?
5. Luottavatko hoitohenkilöt toistensa työsuorituksiin?
6. Ilmeneekö toisen hoitohenkilön arvostus tietojen ja taitojen vastavuoroisena jakamisena?
7. Miten hoitohenkilöt kuvaavat kollegiaalisuutta työssään?

Haastavaa tässä työssä oli se, kuinka paljon hoitohenkilöt uskalsivat tai halusivat asiasta kertoa. Kysely oli tarkoitettu kaikille yhteistyöosastojen hoitajille (perushoitajat, sairaanhoitajat ja kättilöt).

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena. Kirjallinen kyselytutkimus oli luonteva tapa aiheen lähestymiseen, sillä aihe on arka ja arvioimme väittämälomakkeen avulla saavamme totuudenmukaisempia ja tiedollisesti rikkaampia vastauksia. Asenteiden ja arvojen esille tuomista edesauttoi se, että jokainen sai täyttää lomakkeen valitsemassaan paikassa, omassa rauhassaan, nimettömästi ja ilman pelkoa siitä, että joku kollegoista näkee tai kuulee.

Tutkimuslupaa haimme lokakuussa 2007 Kättilöopiston sairaalan ylihoitaja Riitta Kankaalta sekä HUS Naistensairaalan johtavalta ylihoitaja Karoliina Haggrénilta. Tutkimuslupa myönnettiin 14.12.2007.

Lomake sisälsi kuusi taustamuuttujiin liittyvää kysymystä, 40 väittämää ja kaksi avointa kysymystä. Väittämissä oli monivalintavastausvaihtoehdot ja vastaukset annettiin janaasteikolla väliltä 1-7, jolloin 1=täysin samaa mieltä, 2=samaa mieltä, 3=osittain samaa mieltä, 4=ei samaa eikä eri mieltä, 5=osittain eri mieltä, 6=eri mieltä ja 7=täysin eri mieltä. Väittämälomakkeella oli sanallisesti näkyvissä vain ääripäiden määritelmät. Avoimien kysymysten tarkoituksena oli saada vastaaja pohtimaan aihetta omassa työympäristössään. Jälkimmäisellä avoimella kysymyksellä keräsimme laadullista aineistoa opinnäytetyön toista osaa varten, joka toteutuu erikoistumisen loppuvaiheessa.

Väittämälomakkeen luomisessa hyödynsimme Rämäsen ja Vehviläisen (1994) sekä Kurtti-Sonnisen (2003) tutkimuksissaan käyttämiä kyselylomakkeita muokaten kysymyksiä aiheittamme vastaaviksi. Johdimme väittämälomakkeen väittämät tutkimusongelmistamme (ks. liite 3).

4.2 Väittämälomakkeen esitestaus

Esitestasimme väittämälomakkeemme Kätilöopiston sairaalan naistentautien päiväkirurgisella vuodeosastolla 7 joulukuussa 2007. Lomakkeen täytti seitsemän hoitohenkilökuntaan kuuluvaa (1 perushoitaja/lähihoitaja, 3 sairaanhoitajaa ja 3 kätilöä).

Esitestauksesta saimme arvokasta tietoa väittämälomakkeen toimivuudesta ja tarvittavista muutoksista. Hienosäätöä teimme tilastollisen tietojenkäsittelyn opettajan avulla niin ulko- kuin kieliasuunkin. Poistimme myös tarpeettoman taustamuuttujan, sukupuolen, sillä tiedossa oli kaikkien vastaajien olevan naisia. Vastauksia läpi käydessä havaitsimme tarpeelliseksi kysyä erikseen työkokemusta koko hoitoalalla sekä työkokemusta nykyisellä osastolla.

Merkittävin muutos oli asteikon laajennus. Alkuperäisen neljän vastausvaihtoehdon tilalle vaihdoimme seitsemänportaisen jana-asteikon. Arvojen 1 ja 7 sanalliset määritelmät laitoimme näkyviin joka sivun ensimmäiseen janaan. Teimme muutoksen parantaaksemme tulosten luotettavuutta, sillä suppealla asteikolla vastauksista ei muuten saataisi riittävän selvää vaihtelua tulosten analysointia varten.

Ulkoasua muutettiin vastaajaystävällisemmäksi jakamalla kysymykset kolmeen otsikoi-
tuun osioon. Näin vastaajan on helpompi nähdä, missä aihepiirissä kulloinkin liikutaan. Kieliasua tarkistimme epäselvien tai mahdollisesti väärinymmärrettyjen sanamuotojen osalta.

Puuttumisosio oli alun perin yhden otsikon ”Minulla on valmiudet puuttua toisen toimintaan tilanteessa, jossa...” alla. Sana ”valmiudet” poistettiin hämmennystä aiheuttaneena ja otsikon sijasta joka kohdan alkuun lisättiin suoremmin ”Puutun tilanteeseen, jossa...” perusajatuksen säilyttämiseksi.

4.3 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta

Tutkittava aineisto kerättiin Naistenklinikan osastoilta 11 ja 30 sekä Kätilöopiston sairaalan osastolta 8 tammi-helmikuun vaihteessa 2008. Vastaajia laskettiin olevan yhteensä 55 henkilöä, joihin kuuluivat kaikki osastoilla työskentelevät perus- ja lähihoitajat, sairaanhoitajat ja kätilöt. Opinnäytetyömme yhteyshenkilönä toimi Naistenklinikan

osasto 30:n osastonhoitaja Kirsi Heino. Ennen kyselylomakkeiden viemistä olimme yhteydessä kohdeosastojen osastonhoitajiin, jotka päättivät, miten ja kuka informoi henkilökuntaa tutkimuksesta. Toiveiden mukaan henkilökunnan informoinnin hoitivat Naistenklinikalla osastonhoitajat; Kätilöopiston sairaalassa pidimme pienimuotoisen infotilaisuuden.

Toimitimme lomakkeet osastoille saatekirjeen ja kirjekuoren kera. Osastonhoitajien kanssa sovimme, että täytetyt kyselylomakkeet toimitetaan suljetussa kirjekuoressa osastonhoitajan osoittamaan paikkaan saatekirjeessä mainittuun palautuspäivään mennessä. Vastausaikaa oli 2 viikkoa. Suljetut kirjekuoret haimme osastoilta henkilökohtaisesti. Kuoriin kirjattiin osaston numero, koska tilaajan toivomuksesta taustamuuttujiin lisättiin tässä vaiheessa ”Millä osastolla työskentelet?” osastojen välistä vertailua varten.

4.4 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS for Windows 15.0 -tilastointiohjelmalla. Tulosten luettavuuden helpottamiseksi päädyimme kääntämään alkuperäisen asteikon päinvastaiseksi, jolloin 1=täysin eri mieltä, 2=eri mieltä, 3=osittain eri mieltä, 4=ei samaa eikä eri mieltä, 5=osittain samaa mieltä, 6=samaa mieltä ja 7=täysin samaa mieltä. Tilastollista käsittelyä varten vastauslomakkeet numeroitiin kyselyn suorittamisen jälkeen ja luokiteltiin osastoittain. Laatimaamme havaintomatriisiin lisäsimme vastaajan osaston yhdeksi taustamuuttujaksi. Havaintomatriisia tehdessä hyödynsimme opinnäytetyöpajojen lisäksi Tarja Heikkilän (2004) teosta Tilastollinen tutkimus.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Vastaajajoukon taustatiedot

Vastausprosentti oli 67,3 %. Lomakkeita palautettiin 37 kappaletta. Vastaajista 27 % työskenteli KOS:n osastolla 8, 35 % NKL:n osastolla 11 ja 38 % NKL:n osastolla 30. Vastaajat olivat 25–60-vuotiaita, keski-ikä ollessa 40,6 vuotta (keskihajonta eli kh 11,5). Vastaajista lähi- tai perushoitajia oli 13,5 %, sairaanhoitajia 32,4 % ja kättilöitä 54,1 %. Vastaajat olivat ammatilliselta koulutukseltaan perus-/lähihoitajakoulutuksen

suorittaneita (13,5 %), vanhanmuotoisen sairaanhoitajakoulutuksen suorittaneita (8,1 %), vanhanmuotoisen erikoissairanhoitajakoulutuksen suorittaneita (8,1 %), sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita (21,6 %), vanhanmuotoisen kättilökoulutuksen suorittaneita (13,5 %) sekä kättilön ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita (35,1 %).

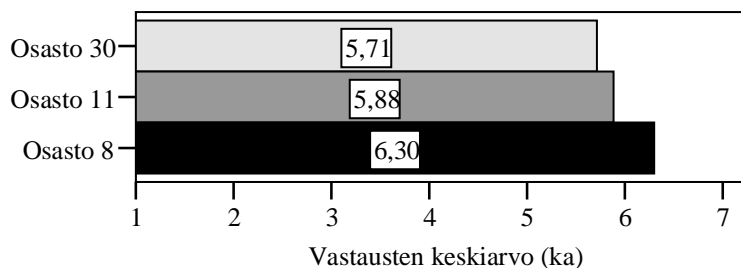
Yksilövastuisen hoitotyön periaatteita noudatetaan osastoilla 86,5 %:n mielestä ja ei noudateta 13,5 %:n mielestä. Nykyisellä osastollaan vastaajat olivat toimineet 4 kuukaudesta 39 vuoteen, keskiarvon ollessa 10 vuotta 9 kuukautta (kh 10,8). Koulutustaan vastaavassa hoitotyössä vastaajat olivat toimineet 8 kuukaudesta 39 vuoteen. Keskimäärin työkokemusta oli 15 vuotta 6 kuukautta (kh 11,6).

5.2 Millaisissa tilanteissa hoitohenkilöillä on / ei ole valmiuksia puuttua toisen toimintaan?

Ensimmäinen tutkimusongelmamme oli, millaisissa tilanteissa hoitohenkilöillä on tai ei ole valmiuksia puuttua toisen toimintaan. Tähän kysymykseen vastausta etsittiin väittämälomakkeen kysymyksillä 15-28. ”Puuttuminen toisen hoitohenkilön toimintaan” -osio oli työmme keskeisin alue, ja työn tilaaja toivoi myös osastokohtaista erittelyä. Olemme tehneet jokaisesta puuttumistilanteesta pylväsdiagrammin, josta osastokohtaiset erot tulevat parhaiten esiin.

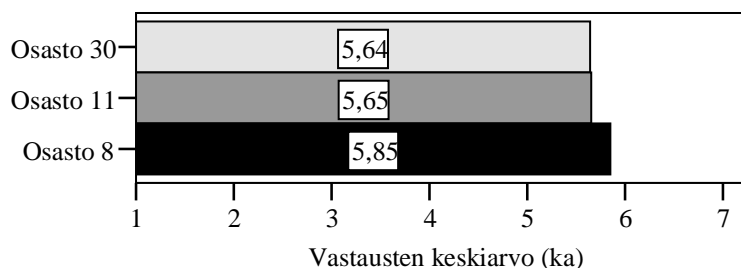
Kaikkien väittämään ”Puutun tilanteeseen, jossa potilaan ihmisarvoa ei kunnioiteta” saatujen vastausten keskiarvo oli 5,93 (kh 1,10). Eniten vastaajat olivat täysin samaa mieltä (37,8 %) ja samaa mieltä (37,8 %). (Ks. taulukko 1.) Eniten samaa mieltä väittämän kanssa oltiin osastolla 8 (vastausten keskiarvo eli ka 6,30). (Ks. kuvio 1.)

KUVIO 1. Puutun tilanteeseen, jossa potilaan ihmisarvoa ei kunnioiteta (n=37).



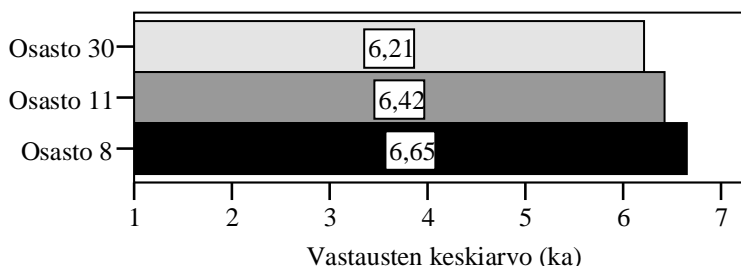
Väittämään ”Puutun tilanteeseen, jossa potilaan itsemääräämisoikeus on uhattuna” vastattiin keskimäärin 5,70 (kh 1,14). Kuten edellisessä väittämässä, olivat vastaajat eniten täysin samaa mieltä (32,4 %) ja samaa mieltä (32,4 %). Osastojen välillä erot olivat hyvin pieniä. (Ks. kuvio 2.)

KUVIO 2. Puutun tilanteeseen, jossa potilaan itsemääräämisoikeus on uhattuna (n=37).



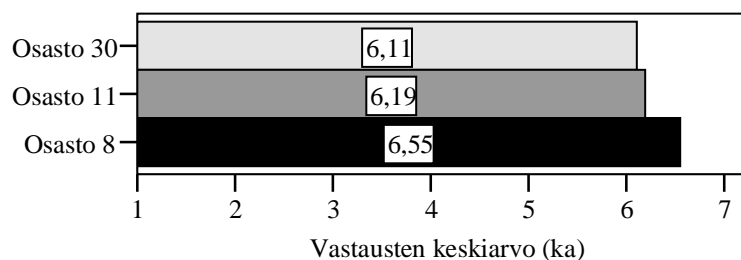
Kolmannen väittämän ”Puutun tilanteeseen, jossa potilaan turvallisuus on uhattuna” vastausten keskiarvo oli 6,41 (kh 0,78). Enemmistö vastanneista (59,5 %) oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Osastojen väliset erot olivat vähäisiä, mutta suurin osasto-kohtainen keskiarvo oli osastolla 8 (ka 6,65). (Ks. kuvio 3.)

KUVIO 3. Puutun tilanteeseen, jossa potilaan turvallisuus on uhattuna (n=37).



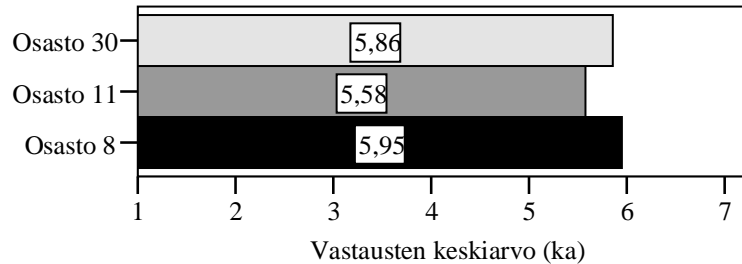
Potilaan asioiden salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta koskevaan väittämään saatujen vastausten keskiarvo oli 6,26 (kh 0,94). Yli puolet vastanneista (54,0 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että he puuttuisivat tilanteeseen, jossa potilaan asioiden salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta rikotaan tai tietoja luovutetaan asiaankuulumattomille tahoille. Eniten tilanteeseen puuttuisivat osaston 8 (ka 6,55) hoitohenkilöt. (Ks. kuvio 4.)

KUVIO 4. Puutun tilanteeseen, jossa potilaan asioiden salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta rikotaan tai tietoja luovutetaan asiaankuulumattomille tahoille (n=37).



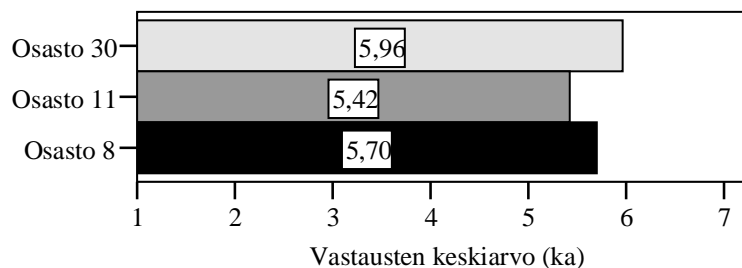
Kaikkien väittämään ”Puutun tilanteeseen, jossa potilaita hoidetaan eriarvoisesti erilaisen kulttuurin vuoksi” saatujen vastausten keskiarvo oli 5,78 (kh 1,00). Eniten vastaajat olivat väittämän kanssa samaa mieltä (37,8 %). Vähiten samaa mieltä oltiin osastolla 11, jonka keskiarvo oli 5,58. (Ks. kuvio 5.)

KUVIO 5. Puutun tilanteeseen, jossa potilaita hoidetaan eriarvoisesti erilaisen kulttuurin vuoksi (n=37).



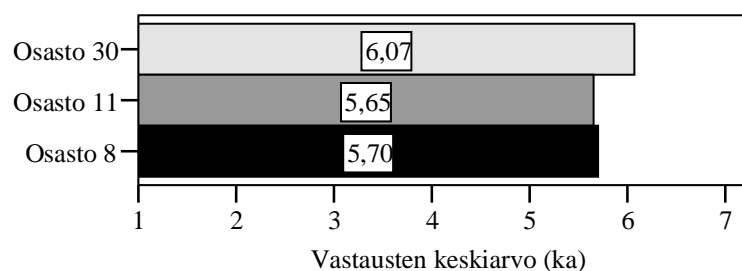
Väittämässä ”Puutun tilanteeseen, jossa potilaita hoidetaan eriarvoisesti iän vuoksi” vastausten keskiarvo oli 5,70 (kh 1,18). Noin kolmasosa vastaajista (32,4 %) oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Eniten samoilla linjoilla väittämän kanssa oli osasto 30, jossa vastausten keskiarvo oli 5,96. (Ks. kuvio 6.)

KUVIO 6. Puutun tilanteeseen, jossa potilaita hoidetaan eriarvoisesti iän vuoksi (n=37).



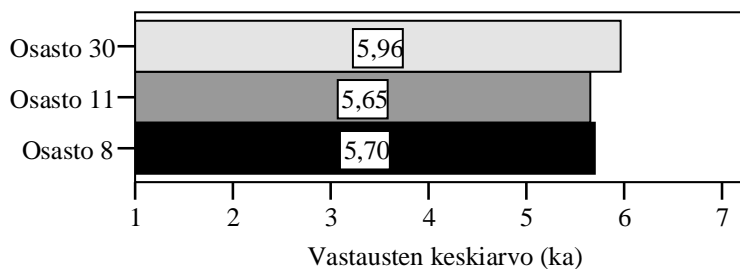
Väittämään, joka koski potilaan eriarvoista hoitoa asemansa vuoksi, saatujen vastausten keskiarvo oli 5,82 (kh 1,21). Vastaajista 40,5 % oli täysin samaa mieltä. Osasto 30 keskiarvo oli 6,07, eli he olivat väittämän kanssa eniten samaa mieltä. (Ks. kuvio 7.)

KUVIO 7. Puutun tilanteeseen, jossa potilaita hoidetaan eriarvoisesti aseman vuoksi (n=37).



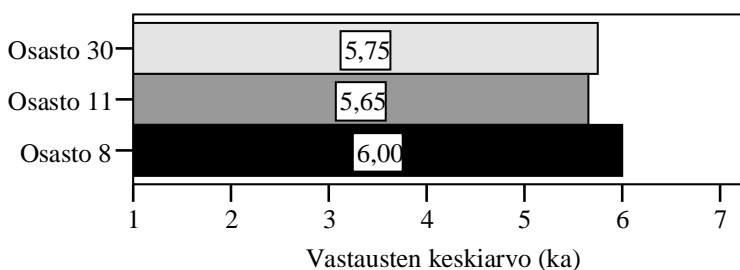
Kahdeksannen väittämän ”Puutun tilanteeseen, jossa potilaita kohdellaan eriarvoisesti terveysongelman laadusta riippuen” saatujen vastausten keskiarvo oli 5,78 (kh 1,16). Eniten (37,8 %) vastaajat olivat väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Osastojen 11 ja 8 keskiarvot olivat lähes samat, osaston 30 keskiarvo oli korkein 5,96. (Ks. kuvio 8.)

KUVIO 8. Puutun tilanteeseen, jossa potilaita kohdellaan eriarvoisesti terveysongelman laadusta riippuen (n=37).



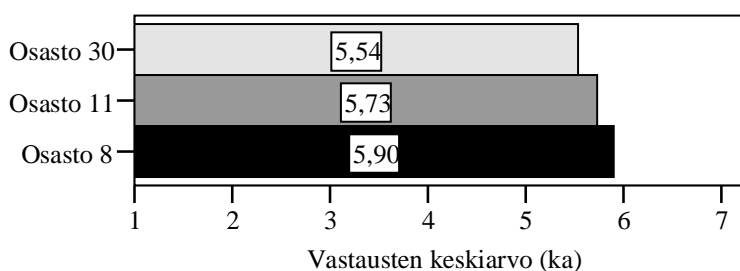
”Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilön virheellistä menettelyä peitellään ilman asianmukaista puuttumista” -väittämän kanssa suurin prosenttiosuus (40,5 %) vastaajista oli samaa mieltä. Kaikkien vastausten keskiarvo oli 5,78 (kh 0,91). Osastokohtaisesti osaston 8 keskiarvo (6,00) oli korkein. (Ks. kuvio 9.)

KUVIO 9. Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilön virheellistä menettelyä peitellään ilman asianmukaista puuttumista (n=37).



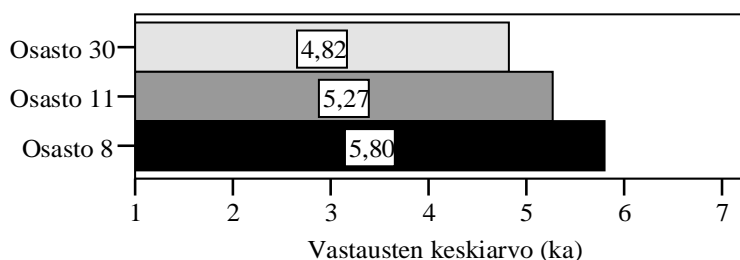
Kaikkien väittämään ”Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilön huonoa ammattitaitoa peitellään ilman asianmukaista puuttumista” saatujen vastausten keskiarvo oli 5,70 keskihajonnan ollessa 0,99. Lähes puolet vastaajista (48,6 %) oli väittämän kanssa samaa mieltä. Suurin osastokohtainen keskiarvo saatiin osastolta 8 (5,90). (Ks. kuvio 10.)

KUVIO 10. Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilön huonoa ammattitaitoa peitellään ilman asianmukaista puuttumista (n=37).



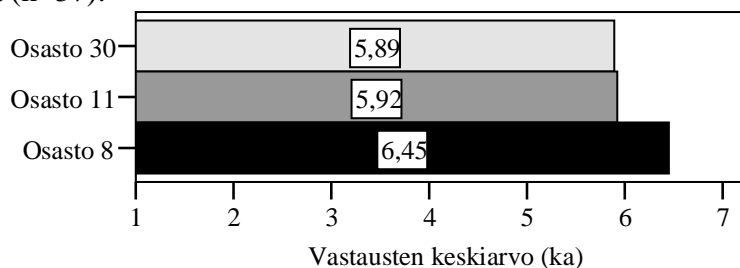
Väittämään, joka koski puuttumista tilanteeseen, jossa hoitohenkilö saa toiselta kollegalta aiheutonta arvostelemista, vastattiin keskimäärin 5,24 (kh 1,22). Noin kolmannes (35,1 %) vastaajista oli väittämän kanssa samaa mieltä. Eri mieltä tai osittain eri mieltä oli 8,1 % vastaajista. Osastokohtaiset erot olivat tämän väittämän kohdalla kaikkein suurimmat, korkein keskiarvo (5,80 %) oli osastolla 8. (Ks. kuvio 11.)

KUVIO 11. Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö saa toiselta kollegalta aiheutonta arvostelemista (n=37).



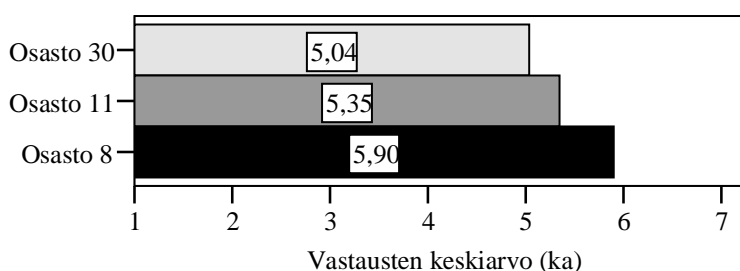
Väittämään ”Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö saa kollegalta virheellistä informaatiota” vastattiin keskimäärin 6,05 (kh 0,90). Lähes puolet vastaajista (45,9 %) oli asiasta samaa mieltä. Korkeimpana erottui osaston 8 keskiarvo 6,45. (Ks. kuvio 12.)

KUVIO 12. Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö saa kollegalta virheellistä informaatiota (n=37).



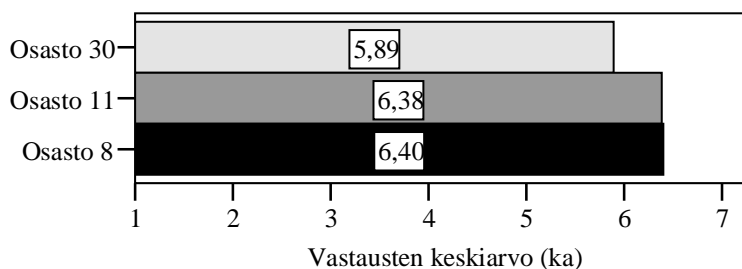
Kolmanteentoista väittämään ”Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö käyttäytyy työyhteisöä kohtaan aggressiivisesti” saatujen vastausten keskiarvo oli 5,38 keskihajonnan ollessa 1,24. Eniten väittämän kanssa oltiin samaa mieltä (37,8 %). Osastojen välillä on nähtävissä hajontaa. Osastokohtaisista keskiarvoista korkein oli osastolla 8, jonka hoitohenkilöt vastasivat keskimäärin 5,90. (Ks. kuvio 13.)

KUVIO 13. Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö käyttäytyy työyhteisöä kohtaan aggressiivisesti (n=37).



Viimeinen väittämä käsitteli puuttumista tilanteeseen, jossa hoitohenkilö käyttäytyy potilasta kohtaan aggressiivisesti. Kaikkien saatujen vastausten keskiarvo oli 6,20 (kh 0,82). Suurin osa vastaajista (83,7 %) oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä tai samaa mieltä. Osastokohtaisesti korkeimmat keskiarvot olivat osastoilla 11 (6,38) ja 8 (6,40). (Ks. kuvio 14.)

KUVIO 14. Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö käyttäytyy potilasta kohtaan aggressiivisesti (n=37).



TAULUKKO 1. Puuttuminen toisen hoitohenkilön toimintaan tilanteittain.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei samaa, eikä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Puutun tilanteeseen, jossa potilaan ihmisarvoa ei kunnioiteta (n=37).	-	-	2,7 %	10,8 %	10,8 %	37,8 %	37,8 %
Puutun tilanteeseen, jossa potilaan itsemääräämisoikeus on uhattuna (n=37).	-	-	-	21,6 %	13,5 %	32,4 %	32,4 %
Puutun tilanteeseen, jossa potilaan turvallisuus on uhattuna (n=37).	-	-	-	2,7 %	8,1 %	29,7 %	59,5 %
Puutun tilanteeseen, jossa potilaan asioiden salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta rikotaan tai tietoja luovutetaan asiaankuuluttomille tahoille (n=37).	-	-	2,7 %	2,7 %	8,1 %	32,4 %	54,0 %
Puutun tilanteeseen, jossa potilaita hoidetaan eriarvoisesti erilaisen kulttuurin vuoksi (n=37).	-	-	-	13,5 %	18,9 %	37,8 %	29,7 %

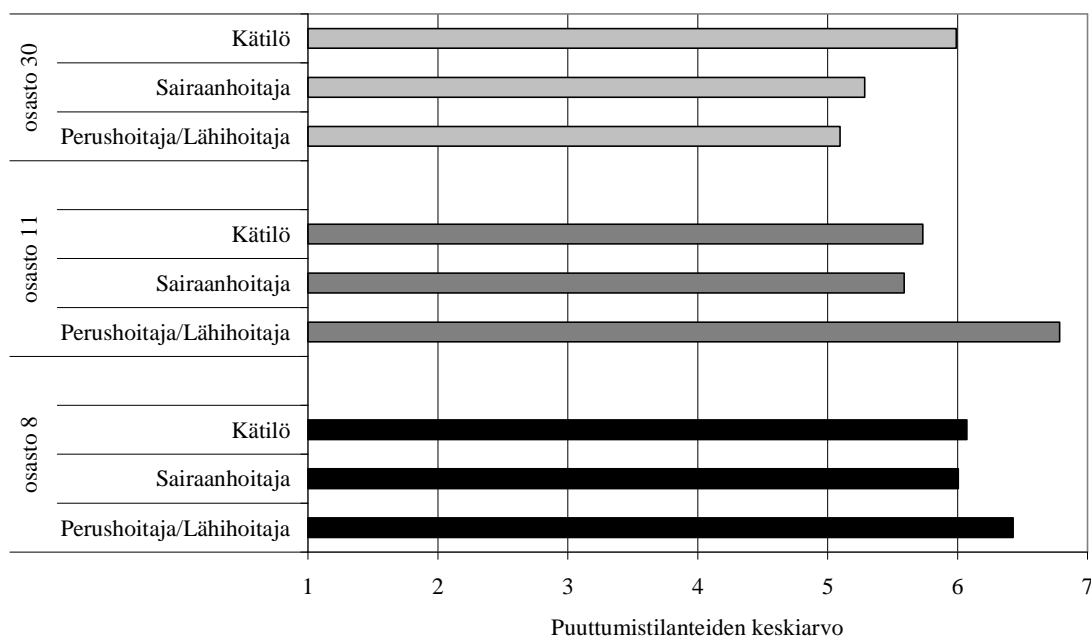
Puutun tilanteeseen, jossa potilaita hoidetaan eriarvoisesti iän vuoksi (n=37).	-	-	5,4 %	8,1 %	27,0 %	27,0 %	32,4 %
Puutun tilanteeseen, jossa potilaita hoidetaan eriarvoisesti aseman vuoksi (n=37).	-	-	5,4 %	8,1 %	21,6 %	24,3 %	40,5 %
Puutun tilanteeseen, jossa potilaita kohdellaan eriarvoisesti terveysongelman laadusta riippuen (n=37).	-	-	5,4 %	5,4 %	27,0 %	24,3 %	37,8 %
Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilön virheellistä menettelyä peitellään ilman asianmukaista puuttumista (n=37).	-	-	-	8,1 %	27,0 %	40,5 %	24,3 %
Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilön huonoa ammattitaitoa peitellään ilman asianmukaista puuttumista (n=37).	-	-	5,4 %	2,7 %	24,3 %	48,6 %	18,9 %
Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö saa toiselta kollegalta aiheetonta arvostelemista (n=37).	-	2,7 %	5,4 %	16,2 %	27,0 %	35,1 %	13,5 %
Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö saa kollegalta virheellistä informaatiota (n=37).	-	-	-	5,4 %	13,5 %	45,9 %	35,1 %
Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö käyttäytyy työyhteisöä kohtaan aggressiivisesti (n=37).	-	-	8,1 %	18,9 %	16,2 %	37,8 %	18,9 %
Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö käyttäytyy potilasta kohtaan aggressiivisesti (n=37).	-	-	-	2,7 %	13,5 %	40,5 %	43,2 %

5.3 Vaikuttaako ammattinimike puuttumisvalmiuteen?

Toinen tutkimusongelmamme oli, vaikuttaako ammattinimike puuttumisvalmiuteen. Tähän kysymykseen vastausta etsittiin vertaamalla ammattinimikettä (taustamuuttuja 2) ja puuttumisvalmiuksia eri tilanteissa (väittämät 15-28). Yhdistimme kaikki puuttumis-

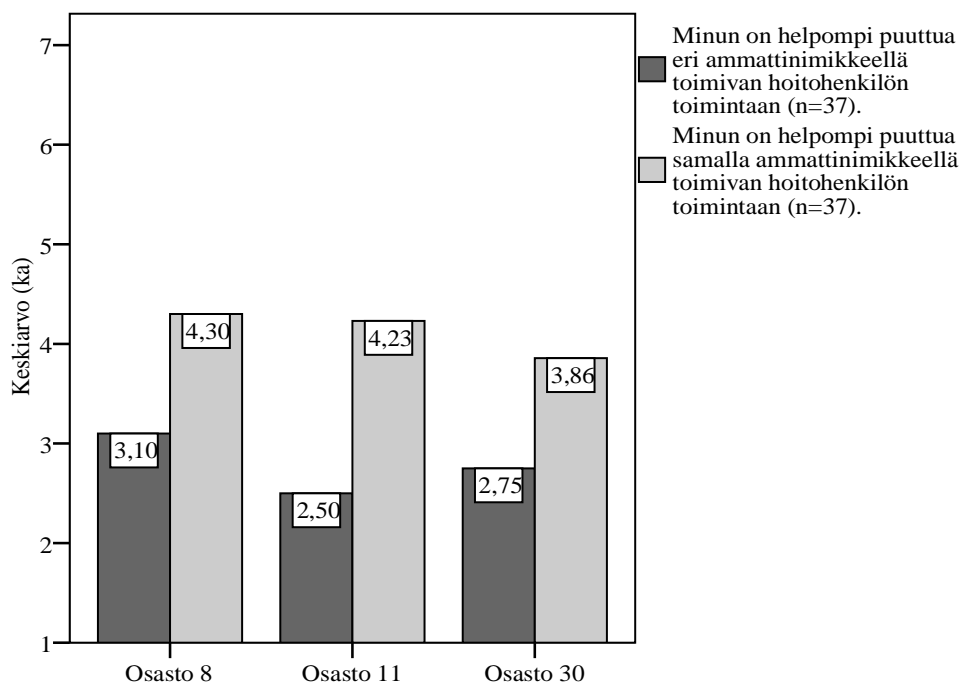
tilanteet keskiarvomuuttujaksi, jotta pystyimme vertaamaan ammattinimikettä yksittäisten tilanteiden sijasta kaikkien puuttumistilanteiden keskiarvoon. Kaiken kaikkiaan erot ammattikuntien välillä olivat pieniä. Tulokseksi saatiin, että kätilöiden puuttumisvalmius oli suurin (ka 5,89 ja kh 0,76). Seuraavaksi suurin puuttumisvalmius oli sairaanhoitajilla (ka 5,81 ja kh 0,84). Perus- ja lähihoitajien keskiarvo oli 5,70 keskihajonnan ollessa 1,06. Osastokohtaisesti tarkasteltuna suurin puuttumisvalmius osastoilla 8 ja 11 oli perus-/lähihoitajilla, mikä erosi kokonaiskeskiarvosta, ja osastolla 30 kätilöillä. (Ks. kuvio 15.)

KUVIO 15. Eri ammattinimikkeiden puuttumisvalmius osastoittain.



Vastaajien kokemusta siitä, onko hoitohenkilön helpompi puuttua samalla vai eri ammattinimikkeellä toimivan hoitohenkilön toimintaan kartoitimme kysymyksillä 13 ja 14. Kysymykseen ”Minun on helpompi puuttua eri ammattinimikkeellä toimivan hoitohenkilön toimintaan” saatujen vastausten keskiarvo oli 2,76 (3=osittain eri mieltä). Kysymykseen ”Minun on helpompi puuttua samalla ammattinimikkeellä toimivan hoitohenkilön toimintaan” saatujen vastausten keskiarvo oli 4,11 (4=ei samaa eikä eri mieltä). Ammattinimikkeillä ei näin ollen myöskään koettu olevan vaikutusta toisen toimintaan puuttumiseen. (Ks. kuvio 16.)

KUVIO 16. Ammattinimikkeen koettu vaikutus puuttumisvalmiuteen osastoittain.



5.4 Mitä kautta hoitohenkilöt kokevat voivansa puuttua toisen hoitohenkilön toimintaan?

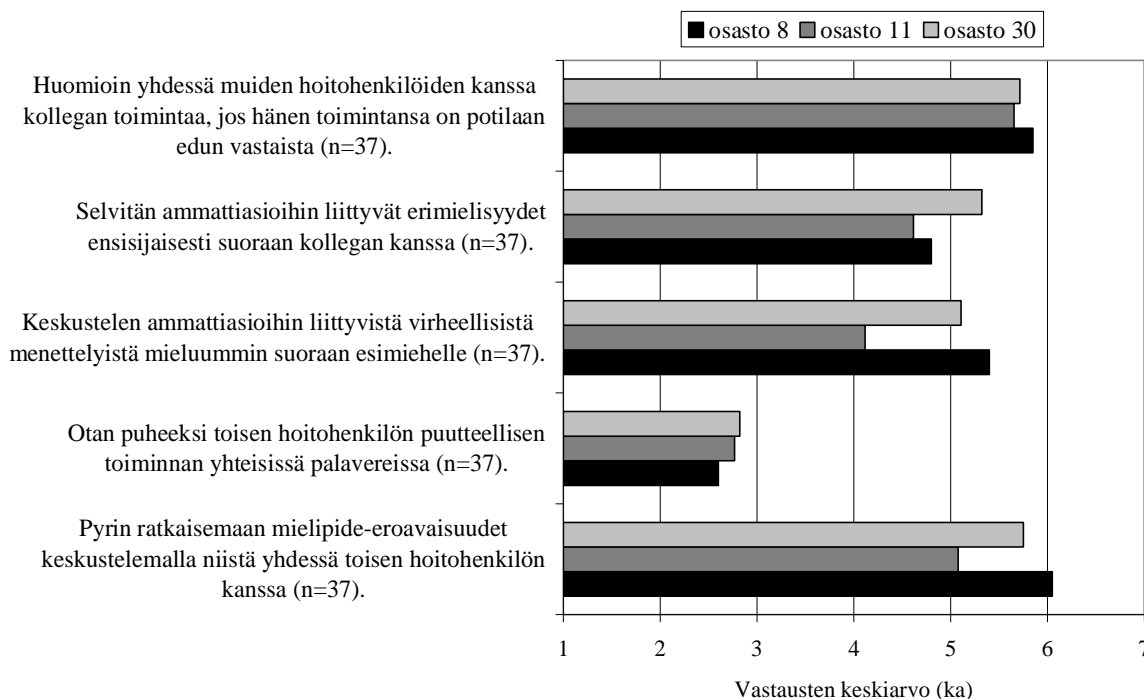
Kolmantena tutkimusongelmanamme oli selvittää, mitä kautta hoitohenkilöt kokevat voivansa puuttua toisen hoitohenkilön toimintaan. Tätä selvittivät väittämät 9-12 ja 29. Väittämään ”Huomioin yhdessä muiden hoitohenkilöiden kanssa kollegan toimintaa, jos hänen toimintansa on potilaan edun vastaista” saatujen vastausten keskiarvo oli kaikkein suurin, 5,73 (kh 0,88). Enemmistö vastanneista (62,1 %) oli väittämän kanssa täysin samaa tai samaa mieltä. Samaa ilmiötä kartoittavaan väittämään ”Pyrin ratkaisemaan mielipide-eroavaisuudet keskustelemalla niistä yhdessä toisen hoitohenkilön kanssa” vastattiin keskimäärin 5,60 (kh 1,07). prosentuaalisesti vastaukset jakautuivat edellisen kaltaisesti. Muutoin kollegan toimintaan koettiin voivan puuttua selvittämällä ammattiasioihin liittyvät erimielisyydet suoraan kollegan kanssa (ka 4,93 ja kh 1,19) tai keskustelemalla virheellisistä menettelyistä suoraan esimiehelle (ka 4,84 ja kh 1,33). Vastausten perusteella vähiten toisen hoitohenkilön puutteellinen toiminta otetaan puheeksi yhteisissä palavereissa (ka 2,74 ja kh 1,24). (Ks. taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Mitä kautta toisen hoitohenkilön toimintaan puututaan.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Osit- tain eri- mieltä	Ei samaa, eikä eri mieltä	Osit- tain samaa mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Huomioin yhdessä muiden hoitohenkilöiden kanssa kollegan toimintaa, jos hänen toimintansa on potilaan edun vastaista (n=37).	-	-	-	8,1 %	29,7 %	40,5 %	21,6 %
Selvitän ammattiasioihin liittyvät erimielisyydet ensisijaisesti suoraan kollegan kanssa (n=37).	-	-	10,8 %	27,0 %	27,0 %	24,3 %	10,8 %
Keskustelen ammattiasioihin liittyvistä virheellisistä menettelyistä mieluummin suoraan esimiehelle (n=37).	-	2,7 %	16,2 %	18,9 %	29,7 %	18,9 %	13,5 %
Otan puheeksi toisen hoitohenkilön puutteellisen toiminnan yhteisissä palavereissa (n=37).	10,8 %	37,8 %	27,0 %	13,5 %	8,1 %	2,7 %	-
Pyrin ratkaisemaan mielipide-eroavaisuudet keskustelemalla niistä yhdessä toisen hoitohenkilön kanssa (n=37).	-	-	2,7 %	13,5 %	24,3 %	32,4 %	27,0 %

Puuttumisväylistä oltiin melko yksimielisiä kaikilla tutkimusosastoilla. Suurin eroavaisuus osastojen välillä on havaittavissa väitteessä ”Keskustelen ammattiasioihin liittyvistä virheellisistä menettelyistä mieluummin suoraan esimiehelle”, jossa vastausten keskiarvot ovat: 4,12 (osasto 11), 5,11 (osasto 30) ja 5,40 (osasto 8). Eniten eri mieltä oltiin siis osastolla 11. Osastoittain tarkastellessa hajonta näkyy myös väittämässä ”Pyrin ratkaisemaan mielipide-eroavaisuudet keskustelemalla niistä yhdessä toisen hoitohenkilön kanssa”, jossa keskiarvot ovat: 5,08 (osasto 11), 5,75 (osasto 30) ja 6,05 (osasto 8). (Ks. kuvio 17.)

KUVIO 17. Hoitohenkilöiden väylät puuttua toisen hoitohenkilön toimintaan.



5.5 Antavatko hoitohenkilöt toisilleen palautetta tehdystä työstä?

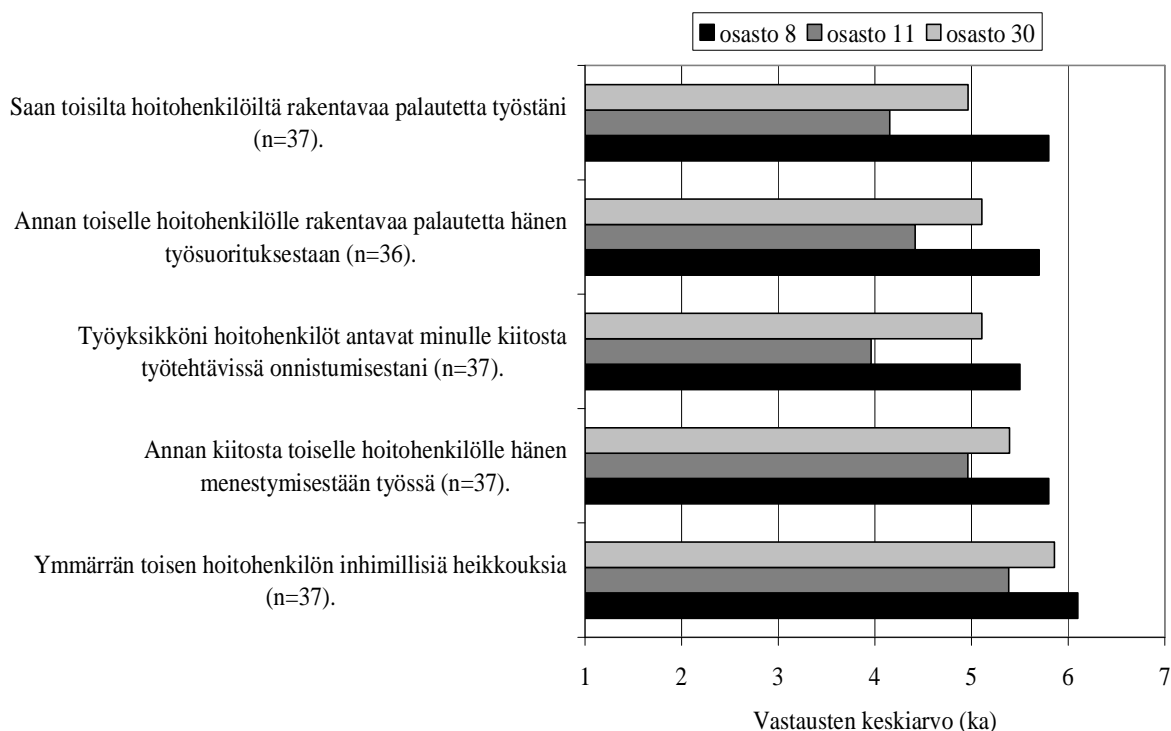
Neljännessä tutkimusongelmassa kartoitimme, antavatko hoitohenkilöt toisilleen palautetta tehdystä työstä. Tätä aihetta käsittelevät väittämäkaavakkeen väittämät 4-8. Lähes kolmasosa (27 %) vastanneista oli täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että he saavat toisilta hoitohenkilöiltä rakentavaa palautetta työstään ja osittain samaa mieltä oli reilu kolmannes (35,1 %) vastaajista. Kaikista vastaajista enemmistö oli osittain samaa mieltä (41,7 %) siitä, että antaa itse toiselle hoitohenkilölle rakentavaa palautetta tämän työstä. Samaa tai täysin samaa mieltä oli 30,5 %. Vastaajista 37,8 % olivat täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että he saivat kiitosta työyksikkönsä hoitohenkilöiltä työtehtävissä onnistumisestaan. Lähes puolet (48,6 %) oli täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että he antoivat kiitosta toiselle hoitohenkilölle hänen menestymisestään työssä. Selvä enemmistö (64,8 %) vastasi väitteeseen ”Ymmärrän toisen hoitohenkilön inhimillisiä heikkouksia” olevansa täysin samaa tai samaa mieltä. Edellä lueteltujen väitteiden kanssa oltiin kaiken kaikkiaan eri mieltä hyvin vähän, joukosta erottui ainoastaan 10,8 %:n ”osittain erimielistä” siitä, että he saavat toisilta hoitohenkilöiltä kiitosta onnistumisesta työtehtävissään. (Ks. taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Hoitohenkilöiden antama palaute.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Osit- tain eri- mieltä	Ei samaa, eikä eri mieltä	Osit- tain samaa mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Saan toisilta hoitohenkilöiltä rakentavaa palautetta työstäni (n=37).	-	2,7 %	2,7 %	32,4 %	35,1 %	13,5 %	13,5 %
Annan toiselle hoitohenkilölle rakentavaa palautetta hänen työsuorituksestaan (n=36).	-	-	5,6 %	22,2 %	41,7 %	19,5 %	11,1 %
Työyksikköni hoitohenkilöt antavat minulle kiitosta työtehtävissä onnistumisestani (n=37).	2,7 %	2,7 %	10,8 %	24,3 %	21,6 %	27,0 %	10,8 %
Annan kiitosta toiselle hoitohenkilölle hänen menestymisestään työssä (n=37).	-	-	2,7 %	18,9 %	29,7 %	35,1 %	13,5 %
Ymmärrän toisen hoitohenkilön inhimillisiä heikkouksia (n=37).	-	-	-	10,8 %	24,3 %	40,5 %	24,3 %

Osastokohtaisesti tarkasteltuna suuria eroavaisuuksia ei ollut. Eniten hajontaa oli niiden väittämien kohdalla, joissa arvioitiin saatua palautetta ja kiitosta. Väittämän ”Saan toisilta hoitohenkilöiltä rakentavaa palautetta työstäni” kohdalla osastokohtaiset keskiarvot olivat: 5,80 (osasto 8), 4,15 (osasto 11) ja 4,96 (osasto 30). Väittämän ”Työyksikköni hoitohenkilöt antavat minulle kiitosta työtehtävissä onnistumisestani” kohdalla vastausten keskiarvot olivat seuraavat: 5,50 (osasto 8), 3,96 (osasto 11) ja 5,11 (osasto 30). (Ks. kuvio 18.)

KUVIO 18. Hoitohenkilöiden antama palaute ja sen vastavuoroisuus.



5.6 Luottavatko hoitohenkilöt toistensa työsuorituksiin?

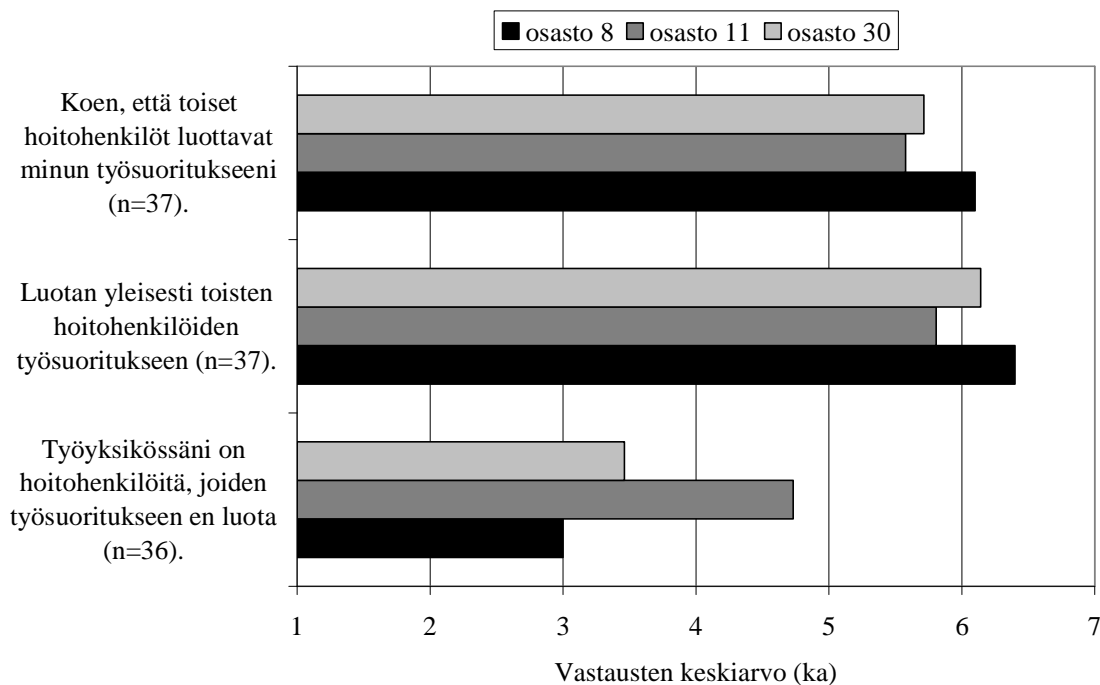
Viidentenä tutkimusongelmanamme oli ”Luottavatko hoitohenkilöt toistensa työsuorituksiin”. Tähän tutkimusongelmaan haimme vastauksia väittämällä 32-34. Enemmistö vastaajista (75,7 %) oli täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että toiset hoitohenkilöt luottavat minun työsuoritukseeni. Suurin osa (86,4 %) vastanneista koki olevansa täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että he luottavat muiden hoitohenkilöiden työsuorituksiin. Vastaukset väittämään ”Työyksikössäni on hoitohenkilöitä joiden työsuoritukseen en luota” jakaantuivat tasaisesti jokaiseen vastausvaihtoehto-kohtaan. Täysin eri mieltä, eri mieltä tai osittain eri mieltä oli vastaajista 44,4 % ja täysin samaa mieltä, samaa mieltä tai osittain samaa mieltä oli 41,7 %. Mikään prosenttiosuus näistä ei erottunut selvästi. (Ks. taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Hoitohenkilöiden välinen luottamus.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei samaa, eikä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Koen, että toiset hoitohenkilöt luottavat minun työsuoritukseeni (n=37).	-	-	-	5,4 %	18,9 %	62,2 %	13,5 %
Luotan yleisesti toisten hoitohenkilöiden työsuoritukseen (n=37).	-	-	-	2,7 %	10,8 %	54,0 %	32,4 %
Työyksikössäni on hoitohenkilöitä, joiden työsuoritukseen en luota (n=36).	11,1 %	22,2 %	11,1 %	13,9 %	16,7 %	16,7 %	8,3 %

Tarkasteltuamme vastauksia osastokohtaisesti suurimmat erot ilmenivät samassa väittämässä. Eniten työyksikössä koettiin olevan hoitohenkilöitä, joiden työsuoritukseen ei luotettu osastolla 11 (ka 4,73) ja vähiten osastolla 8 (ka 3,00) Osaston 30 keskiarvo oli 3,46, mikä sijoittui tähän väliin. (Ks. kuvio 19.)

KUVIO 19. Hoitohenkilöiden välinen luottamus osastoittain.



5.7 Ilmeneekö toisen hoitohenkilön arvostus tietojen ja taitojen vastavuoroisena jakamisena?

Kuudentena tutkimusongelmanamme oli selvittää, ilmeneekö toisen hoitohenkilön arvostus tietojen ja taitojen vastavuoroisena jakamisena. Aineiston analysoinnissa selvitimme ilmiöiden välistä tilastollista riippuvuutta muodostamalla arvostukseen liittyvistä väittämistä 1-3 summamuuttujan, koska jokaisessa niissä vastaus oli suoraan verrannollinen arvostuksen määrään. Kaikki vastaajat olivat vastanneet näihin väittämiin. Tiedon jakamiseen liittyvät väittämät 30-31 ja 35-40 olivat keskenään niin erilaisia, että vertasimme arvostuksen summamuuttujaa jokaiseen erikseen.

Tulosten tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin p-arvon avulla. Yleisen sopimuksen mukaan tulos on tilastollisesti merkitsevä, jos p-arvo on pienempi kuin 0,05 ja erittäin merkitsevä, jos arvo on pienempi kuin 0,001. Mitä pienempi p-arvo on, sitä varmemmin havaittu ero on todellinen eikä sattuman vaikutusta. (Metsämuuronen 2000: 35.)

Merkittävää tilastollista riippuvuutta havaittiin väittämässä ”Autan hoitohenkilöä hänen työtehtävissään havaitessani hänen tarvitsevan apua” (Spearmanin korrelaatiokerroin $r_s=0,600$, $p=0,000$), joka oli kaikkein merkitsevin. Seuraavaksi tulivat ”Kysyn mielelläni oman työyksikköni muiden hoitohenkilöiden mielipidettä hoitotyön ongelmatilanteissa” ($r_s=0,506$, $p=0,001$), ”Haluan oppia muilta hoitohenkilöiltä hoitotyössä tarvittavia tietoja ja taitoja” ($r_s=0,498$, $p=0,002$), ”Annan mielelläni hoitotyötä koskevat tietoni ja taitoni toisten hoitohenkilöiden käyttöön” ($r_s=0,472$, $p=0,003$) sekä ”Oman työyksikköni hoitohenkilöt kysyvät mielipidettäni hoitotyön ongelmatilanteissa” ($r_s=0,449$, $p=0,005$). (Ks. taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Arvostuksen vaikutus tietojen ja taitojen jakamiseen.

		Arvostus
Haluan oppia muilta hoitohenkilöiltä hoitotyössä tarvittavia tietoja ja taitoja (n=37).	Korrelaatiokerroin (r_s) p-arvo	0,498(*) 0,002
Koen, että minulla ei ole opittavaa muulta hoitohenkilökunnalta (n=37).	Korrelaatiokerroin (r_s) p-arvo	-0,173 0,305
Oman työyksikköni hoitohenkilöt kysyvät mielipidettäni hoitotyön ongelmatilanteissa (n=37).	Korrelaatiokerroin (r_s) p-arvo	0,449(*) 0,005
Kysyn mielelläni oman työyksikköni muiden hoitohenkilöiden mielipidettä hoitotyön ongelmatilanteissa (n=37).	Korrelaatiokerroin (r_s) p-arvo	0,506(*) 0,001

Annan mielelläni hoitotyötä koskevat tietoni ja taitoni toisten hoitohenkilöiden käyttöön (n=37).	Korrelaatiokerroin (r_s) p-arvo	0,472(*) 0,003
Hoitohenkilöt auttavat minua työtehtävissäni tarvitessani apua (n=36).	Korrelaatiokerroin (r_s) p-arvo	0,222 0,193
Autan hoitohenkilöä hänen työtehtävissään havaitessani hänen tarvitsevan apua (n=37).	Korrelaatiokerroin (r_s) p-arvo	0,600(**) 0,000
Otan työyksikössäni huomioon potilaan hoitoon liittyvässä päätöksenteossa eri hoitohenkilöiden erikoisosaamisen (n=36).	Korrelaatiokerroin (r_s) p-arvo	0,269 0,113

* tulos tilastollisesti merkitsevä, $r > 0,3$ ja $p < 0,05$

** tulos tilastollisesti erittäin merkitsevä, $r > 0,3$ ja $p < 0,001$

5.8 Miten hoitohenkilöt kuvaavat kollegiaalisuutta työssään?

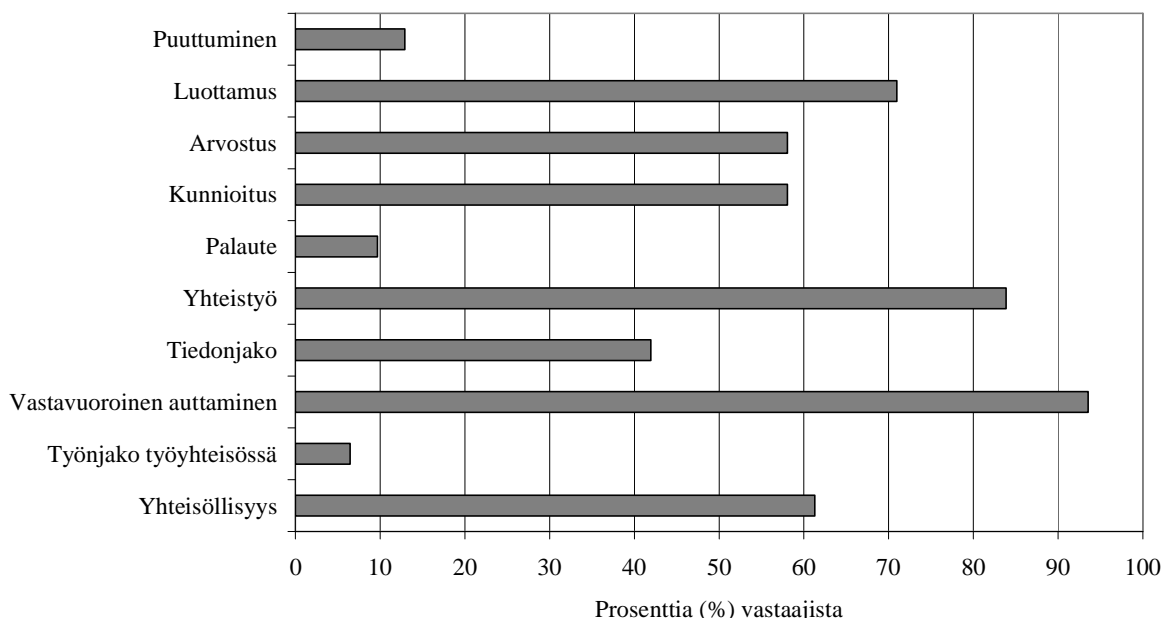
Seitsemäs tutkimusongelmamme selvitti, miten hoitohenkilöt kuvaavat kollegiaalisuutta työssään. Avoimeen kysymykseen ”Luettele viisi (5) asiaa, mitä kollegiaalisuus työssäsi tarkoittaa” saatiin kuvailevia ilmauksia yhteensä 154 kappaletta. Vastausprosentti oli 83,8 %.

Useiden muuttujien välisiä yhteyksiä voidaan tarkastella monimuuttujamenetelmillä, jotka ovat tilastollisia analysointimenetelmiä. Niiden käytön tavoitteena on laajan aineiston sisältämän informaation pelkistäminen. (Heikkilä 2004: 243.) Voidaksemme hyödyntää tulosten analysoinnissa SPSS-ohjelmiston monimuuttujamenetelmää, jaoimme kollegiaalisuutta kuvailevat ilmaisut ryhmiin niiden merkitysten mukaan. Ensin jaoimme lomakkeet puoliksi. Tämän jälkeen keräsimme lomakkeista kaikki ilmaisut ja ryhmittelimme ne toisensa poissulkeviksi yläluokiksi. Lopuksi vertasimme saamiamme yläluokkia keskenään. Esiin nousivat seuraavat yläluokat: toisen toimintaan puuttuminen, luottamus, arvostus, kunnioitus, palaute, yhteistyö, tiedonjako, vastavuoroinen auttaminen, työnjako työyhteisössä ja yhteisöllisyys. Suurimmat luokat olivat yhteistyö (83,9 % vastanneista kirjasi tähän luokkaan kuuluvan ilmaisun), vastavuoroinen auttaminen (93,5 %) ja luottamus (71,0 %).

Yhteistyön luokkaan sisältyi seuraavankaltaisia ilmauksia: ”yhteen hiileen puhaltaminen”, ”yhteiset päämäärät” ja ”yhteisten pelisääntöjen noudattaminen”. Vastavuoroisen auttamisen luokkaan puolestaan sisältyi niin avun antaminen, saaminen, pyytäminen kuin ottaminenkin. Luottamuksen luokkaan sisältyy sekä toiseen hoitohenkilöön että

hänen tekemäänsä työhön luottaminen. Laaja-alaisin luokka oli yhteisöllisyys (61,3 %), johon koottiin työyhteisössä toimimisen erityispiirteitä kuvailevat ilmaisut, kuten ”avoimuus”, ”ystävällisyys” ja ”sopeutuminen”. Tähän luokkaan kuului myös toisen hoitohenkilön tukeminen ja hoitohenkilöiden välinen vuorovaikutus. (Ks. kuvio 20.)

KUVIO 20. Kollegiaalisuutta kuvaavien ilmaisujen pääluokat (n=31).



6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen mittarin tarkoituksena oli mitata hoitohenkilöiden välistä kollegiaalisuutta ja toisen toimintaan puuttumista. Kvantitatiivisen tutkimuksen tärkein tutkimusväline on siinä käytetty mittari, jonka luotettavuus on suoraan verrannollinen tutkimuksen luotettavuuteen (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 2006: 206). Tutkimusta varten laadittiin väittämälomake, joka pohjautuu aiempaan teoretiseen kollegiaalisuudesta. Apuna on myös käytetty aiemmissa tutkimuksissa toimineita mittareita.

Mittarin reliabiliteettia eli luotettavuutta voidaan parantaa testaamalla sitä pienemmässä joukossa, ohjeistamalla vastaajat riittävän hyvin ja minimoimalla kohteesta johtuvat virhetekijät, kuten kysymysten paljous, ymmärrettävyys ja niiden järjestys (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 2006: 207). Ennen tutkimuksen aloittamista väittämälomakkeen esitestasi seitsemän hoitohenkilökuntaan kuuluvaa naistentautien päiväkirurgisella osas-

tolla, joka muistuttaa paljolti varsinaisia tutkimusosastoja. Esitestauksen jälkeen arvioitiin mittariin asetettujen taustamuuttujien tarpeellisuus ja tehtiin tarvittavat tarkennukset. Vastausasteikkoa laajennettiin, jotta vastausten erot saataisiin paremmin näkyviin. Kysymykset jaoteltiin ja muokattiin vastaajaystävällisemmiksi ja yksiselitteisiksi.

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata niitä ominaisuuksia, joita sen on tarkoitus mitata (Hirsjärvi ym. 2004: 216). Laaja tutustuminen hoitohenkilöiden kollegiaalisuutta käsittelevään kirjallisuuteen, tutkimuksiin ja käsitteisiin parantaa tämän tutkimuksen sisältövaliditeettia. Väittämälomakkeen väittämät nousivat esiin kirjallisuuskatsauksen avulla muodostetusta teoreettisesta viitekehyksestä. Otos edustaa hyvin hoitohenkilöiden perusjoukkoa naistentautien osastoilla, koska se sisältää niin kättilöitä, sairaanhoitajia ja lähi-/perushoitajia ja osallistujina on koko osaston henkilökunta.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät tutkimusaiheen valintaan, tiedonhankintaan, tutkittavien suojaan ja tulosten soveltamiseen (Hirsjärvi ym. 2004: 26). Tässä tutkimuksessa aihe on työelämälähtöinen ja sen on Helsingin ammattikorkeakoulu Stadialta tilannut HUS Naistensairaala. Tutkimuksen aihe on ajankohtainen ja mielenkiintoinen eikä hoitohenkilöiden välisestä toisen toimintaan puuttumisesta sinällään löydy paljon kirjallisuutta.

Aineiston keräämisessä tulee ottaa huomioon tutkittavien anonyymiuden takaaminen, luottamuksellisuus sekä aineiston tallentaminen ja raportointi asianmukaisesti (Hirsjärvi ym. 2004: 26-27). Tähän tutkimukseen valittiin yhdessä yhteistyökumppanin kanssa kolme naistentautien osastoa. Tutkimuslupa anottiin Kätilöopiston sairaalan ylihoitajalta ja HUS Naistensairaalan johtavalta ylihoitajalta yksikköjen käytännön mukaan. Lupa-anomuksen mukana toimitettiin kopio tutkimussuunnitelmasta. Kyselylomakkeiden mukana olevassa saatekirjeessä määriteltiin käsite ”kollegiaalisuus” ja perusteltiin opin-
näytetutkimuksen tarkoitus. Saatekirjeessä informoimme myös luottamuksellisuudesta ja anonyymiteetistä sekä tulosten julkistamisesta työn valmistuttua.

Tutkimusaiheen merkityksellisyyttä kuvaa myös se, että vastausprosentti oli 67,3 %. Palautetut lomakkeet oli huolellisesti täytetty, eikä yhtäkään niistä tarvinnut hylätä.

Avoimen kysymyksen, jossa kollegiaalisuutta pyydettiin kuvailemaan, jätti täyttämättä 16 % vastanneista.

Tutkimustulosten raportoinnin tulee olla totuudenmukaista ja käytetyt menetelmät tulee raportoida huolellisesti (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 2006: 31). Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin SPSS for Windows 15.0 -ohjelmalla. Avoimen kysymyksen avulla kerätty tieto luokiteltiin helpommin raportoitavaksi. Raportissa on tuotu rehellisesti esiin asiat, joissa epäonnistuttiin.

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, millaisissa tilanteissa hoitohenkilöillä on tai ei ole valmiuksia puuttua toisen toimintaan ja vaikuttaako ammattinimike puuttumisvalmiuteen. Selvitimme myös, mitä kautta hoitohenkilöt kokevat voivansa puuttua toisen hoitohenkilön toimintaan. Muina tutkimusongelminamme olivat, antavatko hoitohenkilöt toisilleen palautetta tehdystä työstä, luottavatko he toistensa työsuorituksiin ja ilmeneekö toisen hoitohenkilön arvostus tietojen ja taitojen vastavuoroisena jakamisena. Avoimen kysymyksen avulla kartoitimme, miten hoitohenkilöt kuvaavat kollegiaalisuutta työssään.

Hoitohenkilöiden välinen kollegiaalisuus sisältyy sekä sairaanhoitajien eettiseen ohjeistoon että kätilöiden kansainväliseen eettiseen ohjeistoon. Eettisessä ohjeistossa todetaan, että hoitohenkilöiden tulee tukea toinen toistaan päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä. Hoitotyön kehittämistä ja yhteistyötä eri terveydenhuollon ammattilaisten kanssa korostetaan. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet kehottavat valvomaan, etteivät muut potilaan hoitoon osallistuvat toimi potilasta kohtaan epäeettisesti. (Ks. liitteet 1 ja 2).

Hoitohenkilöiden valmiudet puuttua toisen toimintaan

Yleisesti toisen hoitohenkilön toimintaan puuttumista käsittelevien väittämien kanssa oltiin jokseenkin samaa mieltä, eikä suuria eroja väittämien välillä ollut havaittavissa. Selkeimmät tilanteet, joissa toisen toimintaan puuttuttaisiin, olivat ne, joissa potilaan turvallisuus on uhattuna ja joissa hänen asioidensa salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta rikotaan tai tietoja luovutetaan asiaankuulumattomille tahoille. Myös Kankaan ja Päivi-

sen (1993) artikkelissa todetaan, että sairaanhoitajan tulee puuttua tilanteisiin, joissa vaarantuu potilaan hyvinvointi. Tämän otoksen perusteella hoitohenkilöillä on hyvät valmiudet puuttua kyseisiin tilanteisiin.

Kangas ja Päivinen (1993) toteavat artikkelissaan, että sairaanhoitajan työlle on tyypillistä elämän, ihmisoikeuksien ja ihmisarvon kunnioittaminen. Enemmistöllä vastaajista näyttäisi olevan valmiudet puuttua kyseisiin tilanteisiin. Reilu kolmannes vastauksista kuitenkin sijoittui epävarmalle alueelle (osittain eri mieltä - osittain samaa mieltä), vaikka kyseessä on keskeinen alue potilastyössä. Herää kysymys, onko tällaiset tilanteet vaikea tunnistaa? Onko osastoilla tehtävälle hoitotyölle olemassa sellaisia ohjeita tai laatuksiteereitä, joihin nojaaminen madaltaa puuttumiskynnystä? Työyhteisöissä olisi eduksi keskustella yhdessä, miten kyseisiin tilanteisiin puuttuminen voisi toteutua käytännössä.

Tilanteisiin, joissa hoitohenkilö sai kollegalta virheellistä informaatiota, koettiin olevan hyvät puuttumisvalmiudet. Sen sijaan puuttumisesta tilanteisiin, joissa hoitohenkilön virheellistä menettelyä tai huonoa ammattitaitoa peitellään ilman asianmukaista puuttumista, oli täysin samaa mieltä vain noin viidennes. Vastausten painopiste sijoittui kohtaan ”samaa mieltä”. Vaikka puuttumisvalmius koetaan hyväksi, estääkö täysin samaa mieltä olemisen kollegiaalisuuden käänköpuoli; aikaisempien tutkimusten valossa kollegiaalisuus on myönteisessä merkityksessä voimavara, mutta kielteisessä sellaista lojaalisuutta ammattiryhmälle, joka ilmenee kollegan tekemien virheiden hyväksymisenä tai peittämisenä? (Kurtti-Sonninen 2003; Styles 1990).

Hoitohenkilön aggressiivisuutta käsitteleviin väittämiin vastattiin keskimäärin hyvin eri tavoin riippuen siitä, keneen aggressiivisuus kohdistui. Hoitohenkilön käyttäytyessä aggressiivisesti potilasta kohtaan, oli suurin osa vastanneista väittämän kanssa täysin samaa tai samaa mieltä. Tällaisessa tilanteessa puuttumisvalmiuksien voisi todeta olevan hyvät. Vastausten perusteella heikommat puuttumisvalmiudet ovat tilanteessa, jossa hoitohenkilö käyttäytyy aggressiivisesti työyhteisöä kohtaan. Vain reilu puolet vastanneista oli täysin samaa tai samaa mieltä väittämän kanssa. Ero näihin kahteen tilanteeseen puuttumisen välillä on huomattava. Selittykö ero sillä, että hoitohenkilön aggressiivinen käytös työyhteisöä kohtaan on harvinaisempaa? Antavatko potilaat enemmän palautetta hoitohenkilön aggressiivisesta käytöksestä kuin työyhteisö? Avoin kommuni-

kaatio työyhteisössä ja mielipide-eroista keskusteleminen voivat ehkäistä tällaisten tilanteiden syntymistä (Rämänen – Vehviläinen 1994).

Selkeästi eniten mielipiteitä jakoi tilanne, jossa hoitohenkilö saa toiselta kollegalta aiheetonta arvostelua. Tämä oli ainoa puuttumistilanne, josta oltiin myös eri mieltä. Aiempien tutkimusten mukaan toisen sairaanhoitajan tuki koetaan tärkeäksi tilanteissa, joissa työtoverin ratkaisuja tai toimintaa kyseenalaistetaan (Peltola 2003). Vaikuttaako vastausten moninaisuuteen se, että puuttumista vaativa aiheeton arvostelu on vaikea tunnistaa, sillä sen raja on tulkinnanvarainen ja yksilöistä riippuva? Valmiudet puuttua edellä kuvattuun tilanteeseen ovat vastausten perusteella heikoimmat.

Osastokohtaisessa tarkastelussa tulokset olivat samansuuntaiset. Puuttuminen koettiin helpoimmaksi tilanteissa, joissa potilaan turvallisuus on uhattuna ja hänen asioidensa salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta rikotaan tai tietoja luovutetaan asiaankuulumattomille tahoille. Tilanteet, joihin vähiten puututtaisiin, eivät olleet yhtä yhtenevät kaikilla kohdeosastoilla. Osastolla 8 puuttumisvalmius oli keskimäärin alhaisin tilanteissa, joissa potilasta hoidetaan eriarvoisesti iästä, asemasta ja terveysongelman laadusta riippuen. Osastoilla 11 ja 30 puuttumisvalmius oli keskimäärin alhaisin tilanteessa, jossa hoitohenkilö saa toiselta kollegalta aiheetonta arvostelemista.

Ammattinimikkeen vaikutus puuttumisvalmiuteen

Ammattinimikkeellä ei ollut tässä otoksessa merkityksellistä vaikutusta puuttumisvalmiuteen. Tulosten mukaan kättilöiden puuttumisvalmius oli keskiarvoltaan suurin verrattuna muihin ammattiryhmiin. Ilmiötä ei kuitenkaan voi yleistää, sillä ammattinimikkeiden järjestys puuttumisvalmiuden mukaan vaihteli osastoittain: osastoilla 8 ja 11 muita ammattiryhmiä puuttumisvalmiimpia olivat perus-/lähihoitajat ja osastolla 30 kättilöt.

Tarkastelimme myös, onko hoitohenkilön helpompi puuttua samalla vai eri ammattinimikkeellä toimivan hoitohenkilön toimintaan. Samalla ammattinimikkeellä toimivan hoitohenkilön toimintaan puuttumisen helppoudesta ei oltu keskimäärin samaa eikä eri mieltä. Enemmän eri mieltä vastaajat olivat siitä, että eri ammattinimikkeellä toimivan hoitohenkilön toimintaan olisi helpompi puuttua. Väittämän asettelusta johtuen vastauksista ei voida tehdä johtopäätöstä, että eri ammattinimikkeellä toimivan hoitohenkilön toimintaan olisi vaikeampi puuttua. Voisiko vastausten eroista kuitenkin havaita jotain

tämän suuntaista? Eli koetaanko samalla ammattinimikkeellä toimivan kollegan toimintaan puuttuminen jollain tapaa helpommaksi? Vertailukohtaa aikaisempiin löydöksiin ei ole, sillä aiemmissa tutkimuksissa ammattinimikkeen vaikutusta puuttumisvalmiuteen ei ole tarkasteltu.

Hoitohenkilöiden väylät puuttua toisen toimintaan

Ensisijaisesti kollegan toimintaa huomioidaan yhdessä muiden hoitohenkilöiden kanssa, mikäli hänen toimintansa on potilaan edun vastaista. Kaikki tutkimusosastot olivat tästä yhtä mieltä. Toiseksi eniten kannatettiin ammattiasioihin liittyvien erimielisyyksien selvittämistä ensisijaisesti suoraan kollegan kanssa.

Aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan kollegan toimintaan toivotaan puututtavan rehellisesti kasvotusten, oli se sitten myönteistä tai kielteistä, ja selän takana annettu palaute tuomittiin ja sen havaittiin estävän kollegiaalisuutta (Mansikkamäki 2004; Paakki – Pakkanen 2000; Peltola 2003; Silén-Lipponen ym. 1999). Voidaanko tästä päätellä, että toiveet ja käytäntö eivät aivan kohtaa? Toivottavaa olisi, että työyksiköissä olisi yhteinen linja puuttumistilanteita varten.

Suurin hajonta osastojen välillä oli väitteessä, jossa virheellisistä menettelyistä kerrotaan mieluummin suoraan esimiehelle. Eniten suoraan esimiehen kanssa keskustellaan osastolla 8 ja vähiten osastolla 11. Peltolan (2003) ja Hansenin (1995) mukaan osastonhoitaja edistää kollegiaalisuutta työyhteisössä omalla esimerkillään kuten hyvällä käytäytymisellä, tasapuolisuudella, luottamuksellisuudella sekä avoimuudella.

Vähiten vastaajat ottavat puheeksi toisen hoitohenkilön puutteellisen toiminnan yhteisissä palaverissa. Myös tästä osastot olivat yksimielisiä. Mansikkamäen (2004) mukaan kollegan toimintaan puuttumista rakentavassa hengessä pidettiin tärkeänä. On mahdollista, että toisen hoitohenkilön kunnioittaminen ilmenee hienotunteisuutena asioiden käsittelyssä, jolloin puutteellisen toiminnan esille ottamista yhteisissä palaverissa vältetään. Kuten Salonen (2004) toteaa, palautteen tulisikin olla oikeudenmukaista ja kannustavaa, ei missään nimessä nolaavaa.

Viimeinen väittämä ”Pyrin ratkaisemaan mielipide-eroavaisuudet keskustelemalla niistä yhdessä toisen hoitohenkilön kanssa” oli tarkoitettu samansuuntaiseksi väittämän ”Sel-

vitän ammattiasioihin liittyvät erimielisyydet ensisijaisesti suoraan kollegan kanssa” kanssa. Tuloksia tarkastellessa näiden väittämien kohdalla oli selvä eroavaisuus, mikä selittynee sillä, että viimeisen väittämän voi ymmärtää kahdella eri tavalla: hoitohenkilöksi voidaan ymmärtää erimielisyyksien toinen osapuoli tai ulkopuolinen hoitohenkilö. Tulosta ei näin ollen voida hyödyntää, sillä väite ei ole yksiselitteinen.

Hoitohenkilöiden antama palaute ja sen vastavuoroisuus

Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilöt kokevat selvästi enemmän antavansa rakentavaa palautetta toisille hoitohenkilöille kuin saavansa sitä itse. Tämän havainnon on tutkimuksissaan tehneet myös Rämänen ja Vehviläinen (1994). Aiemmissa tutkimuksissa todetaan myös, että hoitohenkilöt kaipaavat kollegoiltaan enemmän palautetta, oli se sitten negatiivista tai positiivista. Vaikka palaute on useammin negatiivissävytteistä, ei sitä aina koeta huonona asiana, koska se auttaa käytännön hoitotyön kehittämisessä (Kuivamäki – Patteri 2003; Lampi 2006; Mansikkamäki 2004; Paakki – Pakkanen 2000; Peltola 2003; Styles 1990; Vuorinen 1998). Kankaan ja Päivisen (1993) mielestä pätevä sairaanhoitaja pystyy arvioimaan kriittisesti sekä omaa että muiden osaamista.

Myös kiitosta vastaajat kokivat antavansa enemmän kuin saavansa. Osa vastaajista koki, ettei saa lainkaan kiitosta työtehtävissä onnistumisestaan. Mansikkamäen (2004) tutkimuksessa nousi esiin kiitollisuuden ja kunnioituksen julki tuomisen tärkeys. Myös Peltola (2003) korosti positiivisen palautteen merkitystä sairaanhoitajana kehittymisen edistäjänä.

Rakentava palaute on olennaista ammatillisen kehittymisen kannalta. Palautteen laatuun on syytä kiinnittää huomiota, sillä helpommin sanotaan negatiivisia asioita ja positiivinen palaute annetaan harvoin suoraan. Vuorinen (1998) toteaaakin, että positiivinen palaute yleensä piiloutuu arkipuheen joukkoon. Aikaisemmissa tutkimuksissa on korostettu vertaisarvioinnin tärkeyttä (Peltola 2003; Styles 1990). Osastoilla voisi pohtia vertaisarvioinnin kehittämistä. Hoitohenkilöiden olisi hyvä kiinnittää huomiota siihen, että rakentava palaute ei tulisi tulkituksi kritiikiksi sekä siihen, että onnistumisen huomiointi ja kiitos otetaan yhtä tärkeäksi osaksi vertaisarviointia.

Osastokohtaisesti tarkasteltuna osaston 8 vastaukset olivat korkeimmat, mistä voisi päätellä, että palautteen ja kiitoksen vastavuoroisuuteen ja tärkeyteen panostetaan. Myös

osaston 30 vastauksista ilmeni vastavuoroisen palautteen ja kiitoksen tasapuolisuus. Osastolla 11 palautteen vastavuoroisuus oli tasapuolista, joskin vähäisintä. Kiitoksen antamisen ja saamisen tasapuolisuuteen ja sisältöön olisi hyvä kiinnittää enemmän huomiota, jotta se paremmin tunnistettaisiin arkipuheen joukosta. Todettakoon vielä, että vertaisarvioinnin määrää kullakin osastolla on varaa lisätä, kunhan pidetään kiinni rakentavan ja positiivisen palautteen tasapainosta.

Aiemmin on tutkittu, että sairaanhoitajien keskinäinen tuki on tärkeä osa ammatillisuutta ja se edistää työssä jaksamista (Peltola 2003). Mansikkamäen (2004) tutkimuksen mukaan kätilöt ymmärsivät, että kukaan ei tiedä kaikkea kaikesta, asioista voidaan neuvotella yhdessä eikä neuvon kysymisestä tarvitse kokea huonommuutta. Hoitohenkilöiden keskinäiseen tukeen sisältyy siis myös toisen hoitohenkilön inhimillisten heikkouksien ymmärtäminen. Tässä otoksessa oltiin enimmäkseen melko samaa mieltä. Näyttäisi siltä, että hoitohenkilöiden välinen ymmärrys on hyvää, mikä voi osaltaan edistää hyvän yhteishengen syntymistä.

Hoitohenkilöiden välinen luottamus

Otoksesta saatujen tutkimustulosten mukaan toisten hoitohenkilöiden työsuorituksiin luotetaan yleisesti ottaen hyvin. Lähes yhtä paljon hoitohenkilöt kokivat, että työtoverit luottavat heidän työsuorituksiinsa. Peltolan (2003) mukaan työtoverin tutut työskentelytavat ja työkokemus edistävät luottamista ja siihen vaikuttaa myös asenne työntekoa kohtaan. Vastauksista kävi kuitenkin ilmi myös se, että työyksiköissä on hoitohenkilöitä, joiden työsuoritukseen kaikki eivät luota. Yhteneväisiä tuloksia on aiemmissa tutkimuksissa saanut myös Rämänen ja Vehviläinen (1994), joiden mukaan luottamuksen puutteesta kärsii sekä sairaanhoitajien keskinäinen verkosto että potilas.

Yleinen luottamus toisia hoitohenkilöitä kohtaan ja kokemus siitä, että omaan työsuoritukseen luotetaan, oli hyvä kaikilla tutkimusosastoilla. Eroja osastojen välillä oli kysyttäessä, oliko työyksiköissä hoitohenkilöitä, joiden työsuoritukseen vastaaja ei luota. Jossain määrin eri mieltä osastoilla 8 ja 30 oltiin siitä, että työyksikössä olisi työsuoritukseltaan epäluotettavia hoitohenkilöitä. Osastolla 11 epäluottamusta toista hoitohenkilöä kohtaan oli selvästi enemmän. Rämäsen ja Vehviläisen (1994) tekemän tutkimuksen mukaan kiire vähentää työtoverin työtapoihin tutustumista, mistä seuraa epätietoisuudesta johtuvaa epäluottamusta toisen tekemää työtä kohtaan. Herää kysymys, selit-

tyvätkö osastojen väliset erot työn kiireellisyydellä tai kuormittavuudella? Eli ehditäänkö toisen työtapoihin tutustua riittävästi työn lomassa? Voisi olla mielenkiintoista pohdita työyhteisöjen sisällä, miten hoitohenkilöt voivat osoittaa ammattitaitoaan toisille. Riittääkö osoitukseksi kattava kirjaus ja toisaalta, onko kirjaus osastoilla kattavaa? Yhtenä ratkaisuvaihtoehtona voisi olla Kankaan ja Päivisen (1993) ajatus siitä, että sairaanhoitajan ammattipätevyyttä tulisi aika-ajoin mitata. Tämän voisi yleistää kaikkia hoitohenkilöitä koskevaksi.

Arvostuksen vaikutus tietojen ja taitojen vastavuoroiseen jakamiseen

Toisen hoitohenkilön arvostus ilmenee tulosten mukaan tietojen ja taitojen vastavuoroisena jakamisena. Mitä enemmän toisia hoitohenkilöitä arvostettiin, sitä enemmän heiltä haluttiin oppia hoitotyössä tarvittavia tietoja ja taitoja. Tällöin myös omat tiedot ja taidot annettiin mielellään muiden käyttöön. Arvostus ilmeni myös mielipiteiden vastavuoroisena jakamisena hoitotyön ongelmatilanteissa. Merkittävin löydös tähän tutkimusongelmaan liittyen oli, että mitä enemmän toisia hoitohenkilöitä arvostetaan, sitä enemmän heitä autetaan työtehtävissä heidän tarvitessaan apua. Samankaltaisia vastauksia aiemmissa tutkimuksissa ovat saaneet myös Rämänen ja Vehviläinen (1994), Kuivamäki ja Patteri (2003) ja Mansikkamäki (2004).

Kollegiaalisuus hoitohenkilöiden kuvaamana

Hoitohenkilöt kuvasivat kollegiaalisuutta ilmauksilla, jotka jäsentyivät selviin pääluokkiin. Eniten kollegiaalisuuden kuvattiin tarkoittavan vastavuoroista auttamista, yhteistyötä ja luottamusta. Muita luokkia olivat yhteisöllisyys, arvostus, kunnioitus ja tiedonjako. Pieni osa vastaajista nosti esiin myös puuttumisen, palautteen ja työnjaon työyhteisössä. Melko pienestä otoksesta (n=31) huolimatta vastaajat toivat esiin kaikki teoreettisesta viitekehyksestä nousseet kollegiaalisuuden osa-alueet.

6.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Vaikka tässä tutkimusryhmässä otos oli melko suppea (n=37), vastaa se kuitenkin hyvin tutkimusongelmiin ja antaa viitteitä siitä, millaisia vastauksia saataisiin suuremmasta otoksesta. Tutkimuksemme tuloksista on hyötyä käytännön hoitotyön kehittämisessä. Tutkimukseen osallistuneet osastot voivat käyttää tuloksia tarpeensa mukaisesti, kuten

osastokokousten, työnohjauksen tai vaikkapa kollegiaalisuutta käsittelevän koulutuksen yhteydessä. Tulevaisuudessa hoitohenkilöpula on todellisuutta, joten kollegiaalisuutta edistävien välineiden kehittäminen ja käyttöönotto on erityisen tärkeää.

Tulosten mukaan sanaan ”kollegiaalisuus” ei usein sisällytetä toisen hoitohenkilön toimintaan puuttumista vaan sitä pidetään ensisijaisesti kollegoiden välisenä yhteishenkenä. Myöskään aikaisemmissa kollegiaalisuutta tarkastelleissa tutkimuksissa toisen toimintaan puuttumista ei ole nostettu omaksi osa-alueekseen. Herää kysymys, miksi ei?

Tutkimustulosten avulla hoitohenkilöiden on helpompi ymmärtää kollegiaalisuus laajemmin ja samalla jokaisen yksittäisen osa-alueen merkitys osana kokonaisuutta. Pyritäessä kollegiaalisuuden edistämiseen tulisi kiinnittää huomiota näiden osa-alueiden tasapuoliseen kehittämiseen. Tätä tukee löydöksemme siitä, että arvostus on yhteydessä tietojen ja taitojen vastavuoroiseen jakamiseen.

Hoitohenkilöt kokevat puuttumisvalmiutensa olevan hyvät. Jatkossa voisi olla mielenkiintoista tutkia kohdeosastoilla myös sitä, kuinka hyvin puuttumista vaativat tilanteet käytännön hoitotyössä tunnistetaan. Sekä puuttumisvalmiutta että puuttumistilanteiden tunnistamista olisi hyvä tutkia kaikilla naistentautien- ja synnytysten osastoilla sekä muilla erikoisaloilla. Jatkossa voitaisiin tutkia sitä, miten puuttumisvalmiuteen vaikuttaa henkilökunnan määrä, työn kiireisyys ja kuormittavuus sekä vaikuttaako henkilökunnan vaihtuvuus puuttumisvalmiuteen ja kollegiaalisuuteen yleensä. Hyödyllistä olisi myös selvittää, millaisissa tilanteissa annetaan ja millaisissa kaivataan rakentavaa palautetta ja kiitosta.

LÄHTEET

- Baggs, Judith Gedney – Schmitt, Madeline H. 1997: Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Research in nursing & health* 20 (1). 71-80.
- Cox, Kathleen B. 2001: The effects of unit morale and interpersonal relations on conflict in the nursing unit. *Journal of advanced nursing* 35 (1). 17-25.
- Haakana, Johanna 1998: Yhteistoiminnallisuus ja kollegiaalisuus terveystieteiden opettajan työssä - opettajakoulutuksen vaikutus. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Haapaniemi, Marjatta – Hiltunen, Laila 2000: Ammatillinen yhteistyö muuttuvassa sairaalaorganisaatiossa - kyselytutkimus sairaanhoitajille. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Hansen, Helen E. 1995: A Model for collegiality among staff nurses in acute care. *Journal of advanced nursing* 25 (12). 11-20.
- Heikkilä, Kristiina 2002: Tiimit - avain uuden luomiseen. Helsinki: Kauppakaari.
- Heikkilä, Tarja 2004: Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2004: Tutki ja kirjoita. 3.-4. painos. Helsinki: Tammi.
- Itkonen, Terho 2000: Uusi kieliopas. Tampere: Tammi.
- Kangas, Riitta – Päivinen, Kirsti 1993: Eettiset ohjeet ja niiden merkitys sairaanhoitajille. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 1993*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Kuivamäki, Mari – Patteri, Eija 2003: Moniammatillinen yhteistyö erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajan näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Kurtti-Sonninen, Eevi 2003: Sosiaali- ja terveysalan professiot, kollegiaalisuus ja ammatillinen yhteistyö. *Lisensiaattityö*. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Lampi, Lea 2006: Tiimityön toimivuus perusterveydenhuollon organisaatiossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Latvala, Raija 2001: Sairaanhoitajan ammatillinen yhteistyö - kyselytutkimus erikoissairaanhoidossa työskenteleville sairaanhoitajille. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Lindström, Kari (toim.) 1994: Terve työyhteisö – kehittämisen malleja ja menetelmiä. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Mansikkamäki, Riikka 2004: "Eläköön me kättilöt": kollegiaalisuus kättilön työssä. Tutkielma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä.

- Meretoja, Riitta 2003: Nurse competence scale. Väitöskirja. Turun yliopisto. Turku.
- Metsämuuronen, Jari 2000: SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. Helsinki: International Methelp Ky.
- Metsämuuronen, Jari 2000: Tilastollisen päättelyn perusteet. Helsinki: International Methelp Ky.
- Nurmi, Timo (toim.) 1999: Suomen kielen sanakirja ulkomaalaisille. Jyväskylä: Gummerus.
- Paakki, Anneli – Pakkanen, Irmeli 2000: Kollegiaalisuuden ilmeneminen sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden kuvaamina. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen Katri 2006: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Peltola, Jaana 2003: Kollegiaalisuus hoitotyössä: edistävät ja estävät tekijät sairaanhoitajien arvioimana. Tutkielma. Kuopio.
- Pitkänen, Ville 2001: Sairaanhoitajan ammatillinen kasvu ja työnohjaus. Tutkielma. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Helsinki.
- Rämänen, Katri – Vehviläinen, Katri 1994: Sairaanhoitajien välinen kollegiaalisuus: kyselytutkimus Kuopion yliopistollisen sairaalan Puijon sairaalan somaattisissa työyksiköissä. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Salonen, Anne 2004: Mentorointi ja sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Silén-Lipponen, Marja – Turunen, Hannele – Tossavainen, Kerttu – Smith, Ann – Russell, Jacqui 1999: Leikkaushoitajien merkityksellisiä kokemuksia yhteistoiminnallisuudesta. Hoitotiede 11 (1). 39-48.
- Sonninen, Anna Liisa – Grönlund, Elina – Haarala, Risto – Holopainen, Arja – Kiiikkala, Irma – Wilskman, Kaarina 1998: Hoitotyön ulottuvuuksia - näkökulmia ammattikieleen. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto Ry.
- Spiik, Karl-Magnus 1999: Tiimityöstä voimaa. Porvoo: WSOY.
- Styles, Margretta M. 1990: Hoitotyön uudet mahdollisuudet. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Suomen kättilöliitto ry 2006: Tiedolla, taidolla ja tunteella. Verkkodokumentti. <http://www.suomenkatiloliitto.fi/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf>. Luettu 19.11.2007.
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2006: Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Verkkodokumentti. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ/ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/>. Luettu 19.11.2007.

Vehviläinen, Katri 1996: Toimiva kollegiaalisuus nostaa hoitotyön laatua. Artikkel. Sairaanhoidaja 69 (4). 40-42.

Vilka, Hanna 2007: Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus.

Vuorinen, Riitta 1998: Vertaisen arviointi ja palaute sairaanhoitajien ammatillisessa kehittämisessä. Hoitotieteen pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

SAATEKIRJE

Arvoisa kätilö, sairaanhoitaja, lähihoitaja tai perushoitaja,

Sairaanhoitajien välinen kollegiaalisuus on potilaan hyvän hoidon lähtökohta. Se on yksilöstä lähtevää eettistä toimintaa ja ilmenee muun muassa työtoverin arvostamisena, auttamisena, pyrkimyksenä yhteistyöhön, konsultointina, palautteen antamisena ja mahdollisiin epäkohtiin tarttumisena. Aiemmissa tutkimuksissa kollegiaalisuuden ilmenemistä hoitotyössä on tutkittu jonkin verran, mutta puuttumista kollegan toimintaan näissä tutkimuksissa on käsitelty vain aihetta sivuten tai ei lainkaan.

Opinnäytetyöllämme pyrimme edistämään kollegiaalisuuden toteutumista ja aiheen käsittelyä naisten-tautien yksiköissä. Toivomme vastaustesi osaltaan auttavan hoitotyöntekijöitä sisäistämään kollegiaalisuuden yhdeksi tärkeäksi arvoksi hoitotyössä. Toivomme myös tämän päättötyön herättävän keskustelua aiheesta työyhteisössänne.

Valmistumme Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiasta kätilöiksi keväällä 2009. Keräämme tämän kysymyslomakkeen avoimilla kysymyksillä aineistoa myös opinnäytetyömme toiseen osaan. Siksi jokainen vastaus on tärkeä!

Tämä kysely liittyy Helsingin ammattikorkeakoulun ja HUS Naistensairaalan yhteiseen Näyttöön perustuva kätilötyö -kehittämishankkeeseen. Opinnäytetyömme on tilaustyö ja siten hyvin työelämälähtöinen. Sen aihepiiri käsittelee sairaanhoitajien välistä kollegiaalisuutta ja toisen toimintaan puuttumista. Aineisto kerätään kolmelta HUS Naistensairaalan osastolta samanaikaisesti ja vastaajina ovat lähihoitajat, sairaanhoitajat ja kätilöt. Aineiston keruu sijoittuu ajalle 21.1.-4.2.2008. Opinnäytetyömme valmistumisajankohta on keväällä 2008, jonka jälkeen toimitamme valmiin työmme työyksikköönne. Työ on luettavissa myös ylihoitajan toimistossa ja Sofianlehdonkadun kirjastossa.

Pyydäme Sinua vastaamaan seuraaviin väittämiin ja palauttamaan täytetyn kaavakkeen **suljetussa kirjekuoressa osastonhoitajalle 4.2.2008 mennessä**. Saatu tieto käsitellään nimettömänä, täysin luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi tule missään vaiheessa esille.

Lisätietoja halutessasi voit ottaa yhteyttä tutkimuksen tekijöihin.

Kiitos vastauksistasi

Inkeri Kumpurinne
0400-616249

Pia Järvinen
040-8475903

KYSYMYSLOMAKE

1. Ikäsi vuosina ____ vuotta

2. Ammattinimikkeesi

1. Perushoitaja/Lähihoitaja
2. Sairaanhoitaja
3. Kätilö

3. Ammatillinen koulutuksesi

1. Perushoitaja/Lähihoitaja
2. Sairaanhoitaja (vanhanmuotoinen koulutus)
3. Erikoissairaanhoitaja (vanhanmuotoinen koulutus)
4. Sairaanhoitaja AMK (uudenmuotoinen koulutus)
5. Kätilö (vanhanmuotoinen koulutus)
6. Kätilö AMK (uudenmuotoinen koulutus)

4. Työyksikössäsi noudatetaan yksilövastuisten hoitotyön periaatteita?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

5. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisellä osastollasi? ____ vuotta ____kk

6. Kuinka kauan olet toiminut koulutustasi vastaavassa hoitotyössä? ____vuotta ____kk

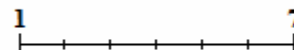
Alla on joukko väittämiä, jotka liittyvät hoitohenkilöiden välisiin toimintoihin. Lue väittämä. Ympäroi janalta kohta, joka kuvaa missä määrin olet samaa tai eri mieltä siitä, miten väittämä kuvaa omaa toimintaasi. Vastaa kaikkiin väittämiin. Olemme kiinnostuneet Sinun näkemyksistäsi, joten oikeita tai vääriä vastauksia ei ole.

Hoitohenkilöiden välinen vuorovaikutusTäysin
samaa
mieltäTäysin
eri
mieltä

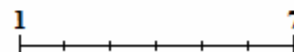
1 Arvostan toista hoitohenkilökuntaan kuuluvaa.



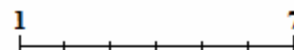
2 Arvostan toisen hoitohenkilön tekemää työtä.



3 Olen ylpeä siitä, että oman työyksikköni hoitohenkilö onnistuu työssään.



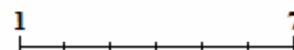
4 Saan toisilta hoitohenkilöiltä rakentavaa palautetta työstäni.



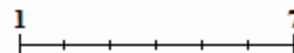
5 Annan toiselle hoitohenkilölle rakentavaa palautetta hänen työsuorituksestaan.



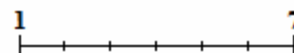
6 Työyksikköni hoitohenkilöt antavat minulle kiitosta työtehtävissä onnistumisestani.



7 Annan kiitosta toiselle hoitohenkilölle hänen menestymisestään työssä.



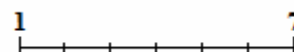
8 Ymmärrän toisen hoitohenkilön inhimillisiä heikkouksia.



9 Huomioin yhdessä muiden hoitohenkilöiden kanssa kollegan toimintaa, jos hänen toimintansa on potilaan edun vastaista.



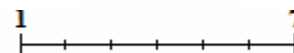
10 Selvitän ammattiasioihin liittyvät erimielisyydet ensisijaisesti suoraan kollegan kanssa.



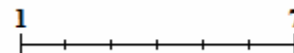
Täysin
samaa
mieltä

Täysin
eri
mieltä

11 Keskustelen ammattiasioihin liittyvistä virheellisistä menettelyistä mieluummin suoraan esimiehelle.

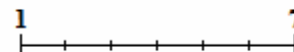


12 Otan puheeksi toisen hoitohenkilön puutteellisen toiminnan yhteisissä palavereissa.

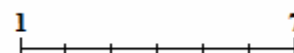


Puuttuminen toisen hoitohenkilön toimintaan

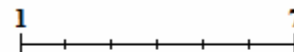
13 Minun on helpompi puuttua eri ammattinimikkeellä toimivan hoitohenkilön toimintaan.



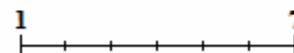
14 Minun on helpompi puuttua samalla ammattinimikkeellä toimivan hoitohenkilön toimintaan.



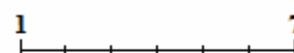
15 Puutun tilanteeseen, jossa potilaan ihmisarvoa ei kunnioiteta.



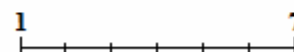
16 Puutun tilanteeseen, jossa potilaan itsemääräämisoikeus on uhattuna.



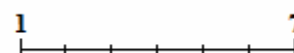
17 Puutun tilanteeseen, jossa potilaan turvallisuus on uhattuna.



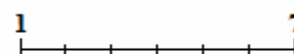
18 Puutun tilanteeseen, jossa potilaan asioiden salassapito- ja vaitiolo-velvollisuutta rikotaan tai tietoja luovutetaan asiaankuulumattomille tahoille.



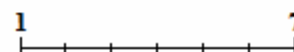
19 Puutun tilanteeseen, jossa potilaita hoidetaan eriarvoisesti erilaisen kulttuurin vuoksi.



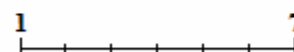
20 Puutun tilanteeseen, jossa potilaita hoidetaan eriarvoisesti iän vuoksi.



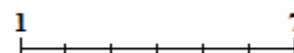
21 Puutun tilanteeseen, jossa potilaita hoidetaan eriarvoisesti aseman vuoksi.



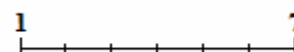
22 Puutun tilanteeseen, jossa potilaita kohdellaan eriarvoisesti terveysongelman laadusta riippuen.



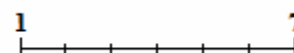
23 Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilön virheellistä menettelyä peitellään ilman asianmukaista puuttumista.



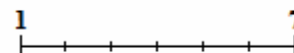
24 Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilön huonoa ammattitaitoa peitellään ilman asianmukaista puuttumista.



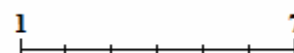
25 Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö saa toiselta kollegalta aiheetonta arvostelemista.



26 Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö saa kollegalta virheellistä informaatiota.



27 Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö käyttäytyy työyhteisöä kohtaan aggressiivisesti.

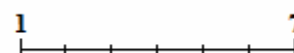


28 Puutun tilanteeseen, jossa hoitohenkilö käyttäytyy potilasta kohtaan aggressiivisesti.



Hoitohenkilöiden ammatillinen yhteistyö

29 Pyrin ratkaisemaan mielipide-eroavaisuudet keskustelemalla niistä yhdessä toisen hoitohenkilön kanssa.



Täysin
samaa
mieltä

Täysin
eri
mieltä

1

7

30 Haluan oppia muilta hoitohenkilöiltä hoitotyössä tarvittavia tietoja ja taitoja.

1

7

31 Koen, että minulla ei ole opittavaa muulta hoitohenkilökunnalta..

1

7

32 Koen, että toiset hoitohenkilöt luottavat minun työsuoritukseeni.

1

7

33 Luotan yleisesti toisten hoitohenkilöiden työsuoritukseen.

1

7

34 Työyksikössäni on hoitohenkilöitä, joiden työsuoritukseen en luota.

1

7

35 Oman työyksikköni hoitohenkilöt kysyvät mielipidettäni hoitotyön ongelmatilanteissa.

1

7

36 Kysyn mielelläni oman työyksikköni muiden hoitohenkilöiden mielipidettä hoitotyön ongelmatilanteissa.

1

7

37 Annan mielelläni hoitotyötä koskevat tietoni ja taitoni toisten hoitohenkilöiden käyttöön.

1

7

38 Hoitohenkilöt auttavat minua työtehtävissäni tarvitessani apua.

1

7

39 Autan hoitohenkilöä hänen työtehtävissään havaitessani hänen tarvitsevan apua.

1

7

40 Otan työyksikössäni huomioon potilaan hoitoon liittyvässä päätöksenteossa eri hoitohenkilöiden erikoisosaamisen.

41 Luettele viisi (5) asiaa, mitä kollegiaalisuus työssäsi tarkoittaa.

42 Oletko puuttunut toisen hoitohenkilön toimintaan?

Jos olet, mainitse enintään kolme (3) tilannetta ja kerro niistä muutamalla lauseella?

Jos et ole puuttunut, miksi?

[illegible]

SAIRAANHOITAJAN EETTISET OHJEET

Eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien, terveydenhoitajien, kättilöiden ja ensihoitajien (AMK) eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään*. Ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajille, muille terveydenhuollossa työskenteleville sekä väestölle sairaanhoitajan perustehtävän yhteiskunnassa ja hänen työnsä periaatteet.

* Jatkossa käytetään termiä sairaanhoitaja tarkoittamaan sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, kättilön ja ensihoitajan (AMK) tutkinnon suorittaneita.

I Sairaanhoitajan tehtävä

Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen.

Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua.

II Sairaanhoitaja ja potilas

Sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat.

Sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoitaja pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsee, milloin keskustelee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa.

Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä. Hän kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen.

Sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.

III Sairaanhoitajan työ ja ammattitaito

Tekemästään hoitotyöstä sairaanhoitaja vastaa henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittämään ammattitaitoaan.

Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti.

IV Sairaanhoidaja ja työtoverit

Sairaanhoidajat tukevat toinen toistaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä.

Sairaanhoidajat kunnioittavat oman ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta. He pyrkivät hyvään yhteistyöhön muiden potilaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden kanssa.

Sairaanhoidajat valvovat etteivät oman ammattikunnan jäsenet tai muut potilaan hoitoon osallistuvat toimi potilasta kohtaan epäeettisesti.

V Sairaanhoidaja ja yhteiskunta

Sairaanhoidajat osallistuvat ihmisten terveyttä, elämän laatua ja hyvinvointia koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla.

Sairaanhoidaja toimii yhdessä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa ja vahvistaa näiden osallistumista potilaan hoitoon. Hän antaa terveyttä koskevaa tietoa väestölle ja lisää ihmisten kykyä hoitaa itseään. Sairaanhoidaja tekee yhteistyötä vapaaehtois-, vammais- ja potilasjärjestöjen kanssa.

Sairaanhoidajien kansainvälinen työ on ammatillisen tiedon ja taidon vastavuoroista välittämistä sekä osallistumista kansainvälisten järjestöjen toimintaan. Sairaanhoidajat kantavat vastuuta ihmiskunnan terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämisestä maailmanlaajuisesti sekä edistävät samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta ja yhteisvastuullisuutta.

VI Sairaanhoidaja ja ammattikunta

Sairaanhoidajakunta huolehtii siitä, että ammattikunnan jäsenet hoitavat arvokkaasti yhteiskunnallisen tehtävänsä. Ammattikunta tukee jäsentensä moraalista ja eettistä kehitystä sekä valvoo, että sairaanhoidajalla säilyy ihmisläheinen auttamistehtävä.

Sairaanhoidajat vastaavat ammattikuntana jäsentensä hyvinvoinnista. Heidän ammattijärjestönsä toimii aktiivisesti oikeudenmukaisten sosiaalisten ja taloudellisten työolojen varmistamiseksi jäsenistölle.

Sairaanhoidajakunta vastaa oman alansa asiantuntijuudesta. Sairaanhoidajat huolehtivat ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edistämisestä. Sairaanhoidajakunnan asiantuntijuuden kasvun tulisi näkyä väestön hyvän olon edistymisenä.

Sairaanhoidajan eettiset ohjeet hyväksytty Sairaanhoidajaliiton liiton kokouksessa 28.9.1996

KÄTILÖIDEN KANSAINVÄLINEN EETTINEN OHJEISTO

Kansainvälisen kätilöliiton (ICM) tavoitteena on kehitystyön, opetuksen ja ammattitaitoisten kätilöiden tarkoituksenmukaisen käytön avulla kohottaa maailmanlaajuisesti naisten, lasten ja perheiden saaman hoidon tasoa. Toiminnan päämääränä on naisten terveyden edistäminen ja siihen pyrkimisessä ICM keskittyy kätilön toimintaan eettisessä ohjeessaan, jossa luodaan suuntaviivoja hyödynnettäväksi kätilöiden koulutukseen, käytännön toimintaan ja tutkimukseen. Tämä eettinen ohjeisto tunnustaa naisen yksilölliseksi persoonaksi, tavoittelee oikeudenmukaista kohtelua ja yhtäläisiä terveyspalveluja kaikille sekä pitää keskinäistä kunnioitusta, luottamusta ja ihmisarvon mukaista kohtelua kaikkien ihmissuhteiden perusedellytyksenä.

I Vuorovaikutussuhteet kätilötyössä

- A. Kätilö kunnioittaa jokaisen naisen oikeutta saada tietoa omien valintojensa pohjaksi ja tukee naista kantamaan vastuunsa seurauksista.
- B. Kätilö tukee naisten oikeutta osallistua aktiivisesti omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja rohkaisee naisia ottamaan omassa kulttuurissaan/yhteisössään kantaa asioihin, jotka koskevat heidän itsensä tai heidän perheensä terveyttä.
- C. Kätilöt, yhdessä naisten kanssa, tekevät yhteistyötä poliittisten ja taloudellisten vaikuttajien kanssa naisten terveyspalvelujen tarpeen määrittämiseksi ja varmistaakseen, että palvelujen tärkeysjärjestys ja saatavuus on otettu huomioon resurssien jaossa.
- D. Kätilöt tukevat toisiaan ammatillisesti ja pitävät huolta sekä omasta että toinen toisensa omanarvontunnon säilymisestä.
- E. Kätilö tuntee omat ammattiosaamisensa rajat ja tekee tarpeen vaatiessa yhteistyötä muiden terveydenhuollon ammatti-ihmisten kanssa joko konsultoiden tai ohjaten asiakkaan toisen asiantuntijan luo.
- F. Kätilö tunnistaa työssään esiintyvät inhimilliset riippuvuussuhteet ja pyrkii löytämään ratkaisuja niihin luonnostaan liittyviin ristiriitoihin.
- G. Kätilöllä on vastuu moraalisen itsekunnioituksen ja riippumattomuuden säilyttämisestä.

II Käytännön kätilötyö

- A. Kätilö hoitaa naista ja odottavaa perhettä kunnioittaen erilaisia kulttuureja ja pyrkii samalla poistamaan niihin sisältyviä vahingollisia toimintatapoja.
- B. Kätilö vahvistaa naisten realistisia, synnytykseen liittyviä vaatimuksia heidän omassa yhteisössään, vähimmäisvaatimuksena, ettei nainen saisi vaurioita hedelmöityksen tai raskauden yhteydessä.
- C. Kätilöt hyödyntävät ammattiosaamistaan varmistaakseen turvalliset synnytyksen hoitokäytännöt kaikissa olosuhteissa ja kulttuureissa.
- D. Kätilö ottaa olosuhteista riippumatta huomioon terveydenhuollon palveluja tarvitsevien naisten psyykkiset, fyysiset, emotionaaliset ja hengelliset tarpeet.
- E. Kätilö on omilla terveellisillä elämäntavoillaan esimerkkinä kaiken ikäisille naisille, perheille ja muille terveydenhuollon ammatti-ihmisille.
- F. Koko ammatillisen uransa ajan kätilö pyrkii persoonalliseen, älylliseen ja ammatilliseen kasvuun.

III Kätilön ammatilliset velvollisuudet

- A. Suojellakseen jokaisen ihmisen yksityisyyttä kätilö noudattaa salassapitovelvollisuuttaan ja harkitsee tarkkaan joutuessaan jakamaan näitä tietoja.
- B. Kätilö on vastuussa päätöksistään ja toimistaan sekä niiden seurauksista.
- C. Kätilöllä on oikeus kieltäytyä osallistumasta toimintaan, joka sotii hänen omaatuntoaan vastaan. Tästä huolimatta tulisi jokaiselle naiselle taata elintärkeiden terveyspalvelujen saanti.
- D. Kätilö ymmärtää naisten ja lasten terveyttä vaarantavien eettisiä ja inhimillisiä perusoikeuksia uhkaavien väkivallanteiden merkityksen ja tekee työtä tällaista väkivaltaa vastaan.
- E. Kätilö osallistuu sellaisen terveyspolitiikan kehittämiseen ja toteuttamiseen, jonka tavoitteena on kaikkien naisten ja odottavien perheiden terveyden edistäminen.

IV Kätilötyön tietoperustan ja ammattikäytännön kehittäminen

- A. Kätilö varmistuu siitä, että kätilötyön tietoperustan lisäämisessä käytetyt tutkimusmenetelmät kunnioittavat naisen oikeuksia.
- B. Kätilö kehittää ja jakaa kätilötyön tietoperustaa eri tavoin, esimerkiksi vertaisarvioinnin ja tutkimustyön avulla.
- C. Kätilö osallistuu kätilöiden ja kätilöopiskelijoiden opintoihin liittyvään ohjaukseen.

Käännös: Maija Pajukangas-Viitanen, Pasi Viitanen

International Code of Ethics Midwives (1993)

Täydennetty ja hyväksytty toukokuussa 1999 Manilan kongressissa.

Tutkimusongelmat ja niihin viittaavat väittämät

Tutkimusongelma 1

Millaisissa tilanteissa hoitohenkilöillä on/ei ole valmiuksia puuttua toisen toimintaan?
Väittämät 15-28.

Tutkimusongelma 2

Vaikuttaako ammattinimike puuttumisvalmiuteen?
Väittämät 13-14

Tutkimusongelma 3

Mitä kautta hoitohenkilöt kokevat voivansa puuttua toisen hoitohenkilön toimintaan?
Väittämät 9-12 ja 29

Tutkimusongelma 4

Antavatko hoitohenkilöt toisilleen palautetta tehdystä työstä?
Väittämät 4-8

Tutkimusongelma 5

Luottavatko hoitohenkilöt toistensa työsuorituksiin?
Väittämät 32-34

Tutkimusongelma 6

Ilmeneekö toisen hoitohenkilön arvostus tietojen ja taitojen vastavuoroisena jakamisena?
Väittämät 1-3, 30-31 ja 35-40

Tutkimusongelma 7

Miten hoitohenkilöt kuvaavat kollegiaalisuutta työssään?
Avoin kysymys 41

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPAIIRI
HYKS-sairaanhoitoalue
Naistentautien ja synnytysten tulosyksikkö

TUTKIMUSLUVAN
MYÖNTÄMINEN
§ 55
14.12.2007

1

Dnro

Hakijat Järvinen Pia ja Kumpurinne Inkeri

Esittelijä Ylihoitajat Riitta Kangas ja Arja Kohonen

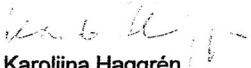
Asia TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN AMK-OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN,
JÄRVINEN PIA JA KUMPURINNE INKERI

Perustelut Olen tutustunut Pia Järvisen ja Inkeri Kumpurinteen tutkimussuunnitelmaan, joka liittyy em. opiskelijoiden Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa suorittamiin kättilöopintoihin ja niihin liittyvään opinnäytetyöhön. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kollegiaalisuuden osa-alueiden toteutumista naistentautien vuodeosastoilla ja nostaa esiin toisen hoitohenkilön toimintaan puuttuminen. Tavoitteena on kartoittaa hoitohenkilökunnan puuttumisvalmiuksia ja herättää rakentavaa keskustelua aiheesta yhteistyösastoilla.

Päätös Päätän myöntää tutkimusluvan Pia Järviselle ja Inkeri Kumpurinteelle kyselylomakkeella tehtävään tutkimukseen HYKS-sairaanhoitoalueen Naistentautien ja synnytysten toimialan naistentautien vuodeosastojen 8, 30 ja 11 henkilökunnalle. Kyselytutkimus toteutetaan tammikuussa 2008. Valmis opinnäytetyö tulee toimittaa sekä Kättilöopiston sairaalaan, että Naistenklinikalle.

Sovelletut oikeusohjeet HUS, yleiskirje 22/2000

Päätösvallan peruste HYKS-sairaanhoitoalueen johtajan delegointipäätös § 29, 31.1.2007


Karoliina Haggrén
johtava ylihoitaja, naistentaudit ja synnytykset

JAKELU Pia Järvinen ja Inkeri Kumpurinne
Ylihoitajat Riitta Kangas ja Arja Kohonen
Osastonhoitajat Teija Kättö, Kirsi Heino ja Marika Liimatainen

Lähetetty tiedoksi